La Jornada NUM. 18 / ENERO 8 DE 1998

LETRA S

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA



El sida tiene remedio

Su tratamiento es gratuito y está disponible en la red pública

Ministerio de Salud de Brasil

MEDICAMENTOS

Hasta que alcance para todos

V Conferencia Panamericana de Sida

EDITORIAL

A diferencia de otros países latinoamericanos, en nuestro país surge tardíamente la discusión sobre el acceso a los costosos medicamentos contra el sida para las personas afectadas por ese mal. Mientras en Argentina y Brasil el dilema entre el costo financiero y el costo humano está superado en favor de mejorar la calidad de vida de los afectados, en México aún hay quien sostiene, como el doctor Manuel Velasco Suárez, presidente de la Academia Mexicana de Bioética, que es *inmoral* pretender que el Estado proporcione esos medicamentos. Afortunadamente, estas declaraciones irresponsables sólo sirvieron para que un grupo de médicos y funcionarios especialistas salieran al paso y fijaran su posición (*Letra S*, núm. 17). Ahora el debate se sitúa en otro nivel: ¿Quién debe garantizar el acceso a las terapias anti VIH? Según la Secretaría de Salud, el Estado debe compartir esa responsabilidad con el sector privado y la sociedad en general. Para ello ha propuesto la formación de un Fideicomiso (Fonsida, A.C.) para recabar fondos. Por otro lado, la posición del Frente Nacional de Personas Afectadas por VIH (FrenpaVIH) y la del grupo de especialistas mencionado es que, de acuerdo con la experiencia de países de economía similar a la nuestra, al Estado le corresponde proveerlos. En ese sentido, el FrenpaVIH entregó una propuesta a la Cámara de Diputados. Allí el Frente propone destinar 370 millones de pesos del presupuesto, que provendrían de los fondos de distintas secretarías para no afectar al presupuesto de Salud, para la compra de medicamentos. La propuesta es seria y debiera ser analizada porque, como afirman los especialistas en su respuesta al doctor Velasco Suárez, "la única opción moralmente aceptable es proveer estos medicamentos a quien los necesite" ●

Num. 18 / enero 8 de 1998

LETRA S
SALUD ♦ SEXUALIDAD ♦ SIDA

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas Nº68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título Nº9169, Certificado de Licitud de Contenido Nº6418, Reserva al Título en Derechos de Autor Nº3389/95 y sus modificaciones en trámite. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Cuitláhuac Nº3353, Col. Ampliación Cosmopolita, Azcapotzalco, México, D.F.
Tel./Fax: 538-7400
E-mail: letrassida@laneta.apc.org

In Memoriam: fallecen tres destacados activistas

En el mes de diciembre, la lucha contra el sida sufrió la pérdida de tres destacados elementos que aportaron su invaluable compromiso y su valiosa experiencia en el combate a la discriminación, la desinformación y el prejuicio, aliados naturales del VIH. Desde diversos espacios —la defensa de su derecho a la salud, la lucha por el acceso a los costosos tratamientos, la organización de los afectados, el trabajo preventivo e informativo, y la defensa de los derechos de las personas VIH+ y de las minorías sexuales— cada uno de ellos decidió dedicar sus mayores esfuerzos a combatir los estragos de esta epidemia. En reconocimiento a su importante labor incluimos aquí una semblanza breve de su aportación.

José Antonio Peón Sid. Involucrado desde 1994 en la lucha contra el sida, en 1996 organiza a las personas VIH+ que se atienden en el Hospital Gabriel Mancera del IMSS, en defensa de la Clínica de Sida, ante la pretensión de las autoridades del Seguro Social de cerrarla. Gracias a las acciones emprendidas, la Clínica continúa funcionando y se convierte pronto en modelo de atención de ese padecimiento. José Antonio fue el coordinador del grupo de pacientes organizados que se atienden en ese hospital. Bajo su coordinación lograron importantes avances en el mejoramiento de la atención hospitalaria. José Antonio murió por neumonía el 26 de diciembre a los 39 años.

Rubén Silva Pérez. Psicólogo de formación, Rubén inició su labor contra el sida en 1992 como voluntario de Voz Humana, brindado servicios de capacitación e información telefónica. Participó en la creación del programa piloto Amigos Acompañantes de apoyo a homosexuales y bisexuales en crisis de salud por el sida. En 1997, participó en la elaboración de la serie radial *Sida en primera persona*, transmitida por Radio Educación. Fue fundador y secretario general del grupo Acción Humana por la Comunidad, A.C. (AMAC) y perteneció al consejo global de la Red Mundial de Personas que Viven con VIH/sida. "Las personas que vivimos con sida —decía— exigimos respeto incondicional a nuestra dignidad de seres humanos. No solicitamos más, no merecemos menos". Rubén Silva murió de neumonía el 28 de diciembre a los 39 años.

Alfredo González Gascón. Ingeniero agrónomo de profesión, en 1991 se involucra en el trabajo preventivo contra el sida en la comunidad gay de Aguascalientes. En 1992, crea, junto con otros compañeros, la Fundación Aguascalentense de Lucha Contra el Sida, A.C. (Falcons). A raíz de las persecuciones públicas de compañeros gay llevadas a cabo por periódicos de la ciudad, Alfredo organiza, en 1995, el Colectivo Ser Gay, de defensa de los derechos de lesbianas y homosexuales. Alfredo participó activamente en programas de radio, ruedas de prensa y foros públicos sobre sida. Era muy conocido en la comunidad gay de Aguascalientes por su carisma y solidaridad. Sus compañeros lo reconocen como el iniciador y el pilar de la lucha contra el sida en la entidad. No soportaba, comentaba, la estigmatización de las personas que viven con sida y de la gente gay. Alfredo González murió de pancreatitis el 28 de diciembre a la edad de 47 años.

Desde este espacio, los miembros de *Letra S* manifestamos nuestra solidaridad a los familiares y compañeros de las organizaciones a las que ellos dieron vida.

NotieSe



Condones gratis en hoteles de paso

Con el fin de detener la diseminación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), el gobierno municipal de La Paz, Bolivia, aprobó una resolución que obliga a los establecimientos que cobran tarifa por hora —hoteles y moteles de paso— a distribuir gratuitamente condones a parejas que requieran el servicio. Las estadísticas gubernamentales indican que entre 1991 y 1996, hubo 27,727 casos de sífilis en La Paz, mientras que el número de casos reportados de sida aumentó de 254 en 1996 a 345 en 1997. La medida aprobada fue propuesta luego de que se descubriera que casi 61 por ciento de 663,400 jóvenes que viven en La Paz no cuentan con información completa sobre las ETS. (**UPI**)

Creciente expansión del sida en Colombia

El temor de muchos colombianos a la prueba para detectar anticuerpos al VIH ha ocasionado que más de 90 por ciento de los portadores del virus aún no lo sepan y se siga propagando rápidamente la enfermedad, según el ministerio de Salud de Colombia, país que oficialmente cuenta con 8,344 casos de sida, pero que de acuerdo a estimaciones de la misma dependencia, el número de portadores podría superar los 170 mil. De mantenerse la tendencia, el número de casos de sida podría alcanzar en 7 años la cifra de 2 millones, equivalente a 4.5 por ciento de la población de Colombia para esa fecha. Esto representa un reto para el sistema de Seguridad Social, que por una disposición judicial debe asumir gratuitamente el tratamiento de los pacientes, incluyendo la entrega de los medicamentos más avanzados disponibles en el mercado mundial. Según datos del Instituto de Seguridad Social, los gastos en ese rubro durante 1997 para atender a unos 5 mil pacientes, ascendieron a 60 millones de dólares, gasto que podría volverse insostenible si la expansión del virus mantiene su creciente escala actual, pues con 2 millones de pacientes en el año 2005, los tratamientos podrían llegar a costar 1,200 millones de dólares anuales, equivalente a 1 por ciento del Producto Interno Bruto (**AFP**)

En el 2004, resultados de la vacuna cubana

Un grupo de 24 científicos cubanos cumplió el primer año de ensayo clínico en sus propios organismos del prototipo de vacuna contra el VIH, cuyos resultados y evaluación estarán disponibles a partir del año 2004, sin que exista la certeza de que serán positivos. La experiencia cubana se inició con voluntarios en noviembre de 1996. En caso de que el ensayo resulte favorable, tendría dos fases adicionales, una entre aproximadamente 200 personas, y después en un amplio grupo de riesgo. La vacuna está enfocada contra el VIH-1, causante de la difusión del sida en el mundo, que se distingue del VIH-2, ubicado sólo en algunos países de Africa Occidental. La base del proyecto cubano de vacuna es la síntesis artificial de una proteína del VIH-1, que en teoría debe crear anticuerpos neutralizantes, los cuales impedirán la entrada del virus en las células humanas. Estos anticuerpos actúan con facilidad en cepas de laboratorio, pero ninguno de los candidatos vacunales que se han ensayado han neutralizado a las cepas obtenidas más directamente del paciente, lo cual constituye uno de los puntos oscuros en los prototipos de vacunas. Sin embargo, para efectos de ensayo en humanos, el producto es absolutamente seguro. La diferencia principal con otros ensayos en el mundo, es que el producto cubano se basó en muestras de seis cepas virales para buscar una respuesta más amplia a un mayor espectro, mientras que en otros casos la fórmula parte de una sola cepa. Para elaborar el antídoto, el grupo de cubanos uso la información disponible en el mundo sobre el tipo de cepas virales que circulan en Cuba y otras zonas, en especial en América del Norte y Europa. (**Notimex**)

Mujeres y campesinos, prioridad en la lucha

Las mujeres más pobres y los campesinos sin tierra serán, a partir de este año, el objetivo principal de las campañas de prevención del sida, según declaró Pedro Chequer, director del programa de sida del Ministerio brasileño de Salud. En la actualidad, una de cada tres personas infectadas es mujer, y a pesar de ello aún no existía una campaña específica en Brasil que combatiera frontalmente este problema. Existe asimismo un programa de prevención del sida para 77 áreas indígenas, con material adaptado a cada una de sus lenguas. El ministerio compró en 1997 un total de 250 millones de condones que distribuyó gratuitamente en hospitales y puestos de atención médica. En 1998, la intención es alcanzar una cifra de 300 millones de unidades. En términos de recursos, en 1997 Brasil invirtió 280 millones de reales en medicamentos para atender a 50 mil enfermos de sida, y la meta para este año es de cubrir a 85 mil pacientes mediante una inversión de 700 millones de reales. "La decisión política es asegurar que no falten medicamentos, y no faltarán", afirmó categóricamente Pedro Chequer. (**AFP**)

Sida: las preguntas más frecuentes

MANUEL ZOZAYA

PERO CUANDO TE LLEGA EL MOMENTO, LA ÚNICA PERSONA QUE TIENE QUE DECIDIR ERES TÚ...
NOS LLEGÓ LA HORA CUCHICUCHI
Rocha
Tomado de *Sexualidad y derechos reproductivos*, Gire

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia de sida y de los esfuerzos informativos realizados desde entonces, aún persisten una serie de dudas y de mitos respecto a esta enfermedad. Es por esto que *Letra S* ha recogido algunas de las preguntas más frecuentes con el fin de contestarlas con la mayor claridad posible.

¿Qué es el sida?

Es la fase avanzada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual se caracteriza por abatir el sistema de defensas que nos protege de las enfermedades, dejando al organismo expuesto a infecciones que en otras circunstancias no serían graves, pero que en este caso pueden llegar a ser mortales. Además pueden presentarse una serie de enfermedades conocidas como *oportunistas* porque en un sistema inmunológico sano no aparecen. Las más comunes son: tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis, candidiasis, herpes zoster, afecciones neurológicas y un cáncer de la piel denominado sarcoma de Kaposi, entre otras. Hasta hace pocos años se decía que el sida era una enfermedad de transmisión sexual, incurable, progresiva y mortal, sin embargo en la actualidad los avances científicos permiten para quienes reciben tratamiento oportunamente, que la infección por VIH se convierta en un padecimiento crónico aunque aún no sea curable.

¿Cómo se transmite el VIH?

Existen tres vías de transmisión: la más común es la sexual, a través del contacto íntimo con las secreciones corporales que puede darse durante la penetración sin protección, ya sea vaginal o anal. La segunda vía es la sanguínea, que se presenta durante las transfusiones con sangre contaminada (en México se supone que este riesgo es mínimo ya que desde 1987 existe un control de la sangre suministrada). También se puede transmitir el VIH si se comparten jeringas o navajas o si se utilizan instrumentos quirúrgicos, odontológicos o agujas de tatuaje que no hayan sido debidamente esterilizados. Además existe la vía perinatal, de una madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

¿Cómo *no* se transmite el VIH?

El VIH no se transmite por el contacto casual, saludar de mano, besar, acariciar, compartir vasos, utensilios, servicios sanitarios o bañarse en albercas con personas portadoras del virus. Los mosquitos, insectos y animales domésticos tampoco transmiten el VIH.

¿Quiénes son los más probables portadores del VIH?

Cualquier persona que haya sido transfundida antes de 1987 en México, que comparta jeringas con otras personas o que tenga relaciones sexuales sin protección puede tener el VIH sin importar cual sea su preferencia o tipo de práctica sexual.

¿Se puede saber a simple vista quién tiene sida?

No. Para determinar si alguien vive con el virus de la inmunodeficiencia humana, se requiere realizar una prueba de laboratorio denominada ELISA. Si ésta da un resultado positivo, significa que el organismo ha estado en contacto con el VIH, pero en este caso, para evitar la posibilidad de un resultado falso positivo se acostumbra realizar una segunda prueba confirmatoria denominada Western Blot. Un resultado positivo a este examen confirma la presencia del VIH en el organismo. Recordemos sin embargo que portar el VIH no significa tener sida, ya que los síntomas pueden tardar de dos a quince años en manifestarse.

¿Es útil el condón para evitar la transmisión sexual del VIH?

Cuando se utiliza de manera adecuada la eficacia del condón es cercana a 100 por ciento. Para ello hay que tomar en cuenta que el condón, así como su envoltura estén en buen estado, para evitar que se rompa. Asimismo, hay que saber colocarlo adecuadamente, desenrollándolo hasta la base del pene erecto y retirándose inmediatamente después de la eyaculación para que el semen no se derrame en el interior de la pareja ●



Del 3 al 6 de diciembre se realizó en Lima, Perú, la V Conferencia Panamericana de Sida. En la reunión de "Acceso a Tratamientos" organizada por Onusida, el FrenpaVIH cuestionó a las autoridades de Conasida, los criterios por los cuales serán seleccionadas las personas que viven con VIH/sida que serán las primeras beneficiadas con el presupuesto, 30 millones de pesos, anunciado el pasado 1 de diciembre por el doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, para constituir un Fideicomiso (Fonsida) para la compra de medicamentos. Se solicitó a los representantes gubernamentales mexicanos, que no exista ningún tipo de preferencias sobre los grupos afectados. El Fonsida debe tomar en cuenta como criterios prioritarios los aspectos clínicos y sociales. Esperamos que lo señalado por el doctor De la Fuente ("No podemos de ninguna forma ser excluyentes. Gobierno y sociedad civil deben concertar para hacer del fideicomiso un proyecto que realmente dé beneficios a los que más lo necesitan") se cumpla cabalmente.

En forma paralela, hubo reuniones satélite importantes como la organizada por la Red Global de Personas que Viven con VIH (GNP+). En esa reunión se recomendó a las ONG y a las organizaciones de personas que viven con VIH/sida, desarrollar un activismo que incluya el cabildeo, la organización de los demandantes, los encuentros con representantes del gobierno, manifestaciones, plantones, denuncias públicas y la utilización de los recursos legales para exigir a los gobiernos el acceso de todos a los medicamentos. El FrenpaVIH informó de lo logrado en beneficio de los derechohabientes del IMSS e ISSSTE en materia de acceso y abasto de medicamentos. El FrenpaVIH informó de lo logrado en beneficio de los derechoshabientes del IMSS y del ISSSTE en mateia de acceso y abasto de medicamentos. Se enfatizó que los esfuerzos hoy se concentran en obtener medicamentos para los que no tienen seguridad social y en mejorar la calidad de la atención médica ●

Comisión de Comunicación y Prensa/FrenpaVIH
Domicilio provisional: Calle 19 N°75. Col. San Pedro de los Pinos. 03800, México, D.F. Tel.: (5)515-7913. Fax: 273-3807. Tels./Fax: (5)515-4214 y 538-7400.

LA SECRETARIA DE SALUD INFORMA

¿Qué es el Fonsida y cómo operará a partir de este año?

A fines de 1996, y por iniciativa del Secretario de Salud (Ssa), se inició la elaboración por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) de un proyecto denominado Fonsida, A.C., cuyo objetivo es aumentar el acceso a los antirretrovirales para las personas que viven con sida. El Fonsida, A.C., es una alternativa de apoyo a las personas con sida que cumplen con los criterios establecidos para la administración de antirretrovirales y que no cuentan con seguridad social o con recursos suficientes para cubrir el costo de los mismos. Este proyecto parte de la base de que el sida es un problema social que compete a todos los sectores de la sociedad y en el cual deben participar de manera activa cada uno de ellos. Actualmente participan la Secretaría de Salud, Conasida, los Sistemas Estatales de Salud (SESA), investigadores y expertos de la Ssa y de la UNAM, organizaciones no gubernamentales (ONG) con trabajo en sida y representantes de personas que viven con VIH/sida.

El Fonsida, A.C., protocolizado en diciembre de 1997, iniciará su operación en 1998 en etapas establecidas de acuerdo a la disponibilidad de recursos recaudados. Para ello, se ha iniciado una campaña de sensibilización y apelación para la recaudación de fondos de los diversos sectores gubernamentales, sociales y privados. La Secretaría de Salud participa de manera activa y ha aportado recursos iniciales semilla para promover la participación de los otros sectores. El Banco Nacional de México (Banamex) ha sido la primera organización privada que ha apoyado a Fonsida, A.C., al otorgar la exención de la comisión y costos de operación que se han generado por la operación de los recursos existentes.

A partir de la descentralización, la operación de los servicios está a cargo de cada una de las entidades federativas, por lo cual la participación de los SESA será fundamental. Este proyecto contribuirá a fortalecer la estructura de los servicios de salud a población abierta y a promover servicios especializados para las personas con sida.

El manejo de los casos lo realizarán los servicios médicos especializados del sector público que ya se encuentran funcionando, así como los nuevos servicios que se establezcan. Previa capacitación y acreditación por la Secretaría de Salud a través de Conasida, el laboratorio Merck Sharp & Dohme apoyará a esta última, en la capacitación del personal de los servicios especializados, a través de 5 cursos regionales que se llevarán a cabo de enero a marzo de 1998, como un apoyo más al proyecto Fonsida, A.C.

Se ha definido que para participar y tener acceso a


Carlos Mérida

los beneficios de Fonsida, A.C., los SESA deberán contar con un programa estatal para la prevención y control del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) funcionando, un servicio especializado para la atención integral para las personas que viven con VIH/sida, un laboratorio básico de apoyo, un laboratorio regional de referencia que realice las pruebas confirmatorias necesarias y especiales que se requieran para la atención y seguimiento adecuado de los pacientes.

Los servicios médicos especializados del Sector Salud participarán desempeñando las siguientes funciones:

■ Diagnosticar a los pacientes con sida, niños(as) o adultos(as), de acuerdo a los criterios establecidos por el Conasida y por el Comité Técnico.

■ Notificar los casos de sida al Registro Nacional de Casos de sida y a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).

■ Los médicos especializados serán los encargados de seleccionar a los pacientes que se consideran candidatos para el Fonsida, A.C. y enviarán la propuesta a Conasida.

■ Proporcionar la atención médica integral que requiera cada paciente.

■ Proporcionar los medicamentos e indicar los exámenes de laboratorio de acuerdo a la guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/sida, en consulta externa y en hospitales, vigente.

■ Mantener y promover un respeto absoluto a los derechos humanos de las personas afectadas.

■ Notificar de manera inmediata cualquier irregularidad en el abasto de medicamentos al Fonsida, A.C.

Fonsida, A.C., facilitará la administración, negociación y distribución de los medicamentos que se requieran en cada una de las entidades federativas. Asimismo, promoverá de manera permanente la recaudación de fondos con la mínima estructura de fondos y con un sistema de operación que permita una gran fluidez y transparencia en el manejo de los recursos destinados para este fin.

Entre las funciones del Conasida dentro del proyecto Fonsida, A.C., se encuentran:

■ Seleccionar unidades médicas que cuenten con los recursos indispensables para el seguimiento de laboratorio de los pacientes.

■ Establecer los criterios y lineamientos para la selección, atención y seguimiento de las personas con VIH/sida en coordinación con los especialistas de dichos centros, que serán responsables del manejo de los mismos.

■ Supervisar que se cumpla con la normatividad y lineamientos establecidos.

■ Coordinar las acciones necesarias con los SESA, las instituciones de asistencia médica locales y los programas estatales para la prevención y control del sida.

■ Capacitar de manera permanente, en coordinación con los SESA, al personal de salud que se seleccione para los servicios especializados.

■ Realizar un consenso permanente con los profesionistas del sector salud, instituciones públicas, representantes de personas que viven con VIH y las ONG, sobre los criterios establecidos para la atención de personas con sida ●

Curriculum VIHtae






Alejandro Brito

Desde la muerte de su hijo René en 1995, la señora Angela es una presencia familiar en la lucha contra el sida. Antes de morir, René le pidió que *no* guardara silencio. "Yo no quise quedarme callada", dice, "ni decir que murió de un paro cardiaco o de cáncer, sin mencionar la verdadera causa: el sida." Por eso ahora está dispuesta a dar su testimonio a quien quiera escucharla.

René tenía 16 años cuando le entregaron sus resultados positivos al VIH. Su padre lo golpeó y lo corrió de la casa: "Le dolía más saber que su hijo era homosexual que el hecho de que tuviera sida", recuerda Angela con amargura. Angela tuvo entonces que enfrentar un doble combate: contra la homofobia de su marido y contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que en cinco años consumió la salud de su hijo.

Angela habla con orgullo de René. "Era muy entusiasta y valiente", dice, y agrega: "enfrentó a su padre cuando éste lo corrió de la casa". Además, lejos de perder el ánimo, René colaboró como voluntario en Ave de México, donde llegó a dar talleres de sexo seguro y participó en programas de radio, brindando valerosamente su testimonio.

Ahora ella ha tomado el relevo de su hijo. Cuenta como en una televisora religiosa de Toluca se enojaron cuando mencionó el condón. "Si todos lo usáramos, le ganaríamos a la pandemia y se evitarían otras enfermedades y los hijos no deseados", respondió indignada. A partir de su experiencia, Angela tiene una certidumbre: "En los hogares se origina la discriminación, el rechazo, el miedo y la ignorancia". Ella quiere contribuir a terminar con todos esos lastres. La forma que ha elegido es aportando su valioso testimonio.

¿A quiénes beneficiará el Fonsida?

ANGELES CRUZ

En estos días ya debe estar operando la asociación civil Fonsida, alternativa que impulsa la Secretaría de Salud (Ssa) para dotar de medicamentos a las personas que padecen el síndrome de la inmuno deficiencia adquirida (sida), y la cual será objeto de discusión y análisis en los siguientes meses hasta que se defina con claridad a quiénes beneficiará y cuánto tiempo durará tal apoyo.

Lo que desde un principio ha quedado claro es que no habrá recursos para ayudar a todos los afectados. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las personas que viven con VIH/sida no han descartado que el gobierno federal pretenda desentenderse de su responsabilidad, además de que reconocen en el Fonsida A.C. una alternativa limitada toda vez que no garantiza medicamentos para todos.

No obstante, hay que destacar que la creación del organismo ha sido hasta ahora el intento más serio y ordenado de las autoridades por dar respuesta a la creciente demanda de atención por parte de las personas que viven con VIH/sida; el problema es que el planteamiento del Fonsida no ha sido integral y más bien parece un paliativo para las protestas de los afectados.

La mitad de las personas que viven con sida en México están aseguradas, y para su tratamiento reciben esto:



La otra mitad, 10,256 personas, no cuentan con seguridad social y para su tratamiento reciben esto:



¡HASTA QUE ALCANCE PARA TODOS!

Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH)

El acopio de los recursos

En México los funcionarios del sector salud, empezando por el secretario Juan Ramón de la Fuente, han sostenido que el sida es el problema más complejo que se enfrenta en esta área y para el cual habrá que destinar los mayores recursos posibles en campañas de prevención y estrategias para mejorar la calidad de vida de los afectados.

Las personas que viven con el virus no se conforman con que su problema aparezca en todos lados y se tenga una estadística del número de enfermos. Lo que exigen son soluciones para niños y adultos sin excepción.

En los hechos, sin embargo, son pocas las opciones claras para los enfermos sin acceso a las instituciones de seguridad social. El Fonsida pretende ser una de ellas y la Ssa le destina todos sus esfuerzos.

Incluso para garantizar que funcionará, el mismo secretario de salud se ha abocado a conseguir el compromiso de la iniciativa privada de aportación de recursos a un Fideicomiso que será responsabilidad de la asociación civil Fonsida.

A fin de poder empezar a trabajar, el gobierno federal destinó 30 millones de pesos, pero se planea que la mayor parte de los recursos llegarán de los particulares en forma de donativos.

La nueva asociación civil quedó formalmente protocolizada a mediados del mes pasado; en ella participa un representante de cada una de las siguientes instancias: la UNAM, la Secretaría de Salud, un representante de las ONG y un representante de una organización nacional de personas afectadas por el VIH/sida.

Todos conforman la dirección del Fonsida A.C., aunque quedan dudas sobre la pertinencia de que también las ONG y los portadores del virus sean parte de la ejecución del proyecto. Algunas voces han señalado que sería mejor si permanecieran sólo como aportantes de ideas, observadores y vigilantes del proceso.

Ya se prevé que habrá conflictos por la forma como se seleccionará a las personas afectadas para darles los medicamentos, si estamos claros que todos sin excepción tienen derecho a una buena calidad de vida, y al ser parte de la operación del programa, las ONG y portadores estarán también en el ojo del huracán creando tal vez animadversiones innecesarias entre ellos mismos.

Al formar parte de la directiva del Fonsida A.C., avalan en los hechos un programa limitado desde su nacimiento cuando la lucha que se ha dado en el país es por conseguir medicamentos para todos.

Los cálculos del Fonsida señalan que se requieren de unos 60 millones de dólares para garantizar un funcionamiento óptimo y con cobertura integral. Hasta ahora se sabe que en nuestro país hay más de 10 mil enfermos de sida sin acceso a las instituciones de seguridad social.

Ojalá que la participación de las ONG y portadores del VIH/sida cumpla el objetivo planteado así por David Alberto Murillo de la organización Amigos Contra el Sida: "Hay que estar adentro para vigilar que los recursos se empleen adecuadamente" ●

Presupuestos y medicamentos: la elocuencia de las cifras

JENARO VILLAMIL RODRÍGUEZ

Para 1998, los recursos que el Estado destinará a la Secretaría de Salud representarán sólo el 1.6 por ciento del total del presupuesto público, el cual ascenderá a 871,568 millones de pesos y será incluso menor a las erogaciones que el Estado destinará para sus programas de saneamiento financiero, incluyendo el programa de rescate a la banca, los cuales ascenderán a 17,119 millones de pesos.

En comparación con los 14,064 millones que el Estado destinó a la Secretaría de Salud durante 1997, en 1998 estos recursos implicarán un leve incremento para sumar un total de 15,768 millones de pesos. Si tomamos en cuenta que la inflación anualizada durante este periodo se estima en 12 por ciento, el crecimiento real en gastos de esta dependencia es prácticamente nulo.

Estos recursos son menores a los 20,100 millones de pesos que el Estado destinará a la Secretaría de la Defensa (14,220 millones) y a la Secretaría de Marina (5,883 millones) durante 1998, e incluso menores a los elevados presupuestos que se destinarán a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (16,940 millones) y a la propia Secretaría de Hacienda (17,068 millones).

Del monto del presupuesto de la Secretaría de Salud, sólo una mínima parte, calculada entre 0.2 y 0.4 por ciento del presupuesto se destinará al combate y prevención del síndrome de inmuno deficiencia adquirida, según los informes de las comisiones de Salud y Presupuesto de la Cámara de Diputados.

Estos recursos serán infinitamente menores a los 4,500 millones de pesos que se destinarán tan sólo en 1998 al Fondo Bancario de Protección al Ahorro (Fobaproa).

A pesar de que los informes del Conasida y otros organismos calculan que el número de personas afectadas en todo el país podría rebasar los 200 mil seropositivos en 1998, el porcentaje real de recursos es mínimo para esta epidemia que está catalogada como "uno de los mayores problemas de salud pública" en todo el país.

Seguro Social y Medicamentos

El presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), si bien será de 85,628 millones de pesos, los cuales representan 30 por ciento del total de erogaciones que el Estado destinará a las entidades paraestatales (270,251 millones de pesos) sólo una parte mínima se destinará al abasto mensual de 32 mil toneladas de medicamentos, incluyendo los relacionados con el combate al VIH/sida.

871,568 millones de pesos
Presupuesto público para 1998
Las prioridades:

Secretarías de la Defensa y Marina	*20,100 millones*
Programas de saneamiento financiero	*17,119 millones*
Secretaría de Salud	*15,768 millones*
Porcentaje del presupuesto de Salud destinado a combatir el sida	*de 0.2 a 0.4 por ciento*
Presupuesto destinado al rescate de la banca	*4,500 millones*

De acuerdo con el director general del IMSS, Genaro Borrego Estrada, de los 85 mil millones de presupuesto, 9 mil millones se destinarán a la compra de medicamentos y material de curación ●

México: demasiado rico para ser pobre, demasiado pobre para ser rico

ENTREVISTA CON PETER PIOT, DIRECTOR DE ONUSIDA

En esta entrevista concedida a *Letra S* durante la V Conferencia Panamericana de Sida, celebrada en Lima, Perú, el doctor Peter Piot, director del programa de las Naciones Unidas para el sida (Onusida), habla del brusco incremento de casos de VIH en los países en desarrollo y de la necesidad de campañas de prevención efectivas para contener la expansión de la pandemia.

CARLOS BONFIL


Graciela Aranis-Brignoni

¿A qué atribuye el brusco incremento de infecciones por VIH (hasta 16 mil diarias) en las estadísticas que Onusida reveló recientemente?

Hay dos razones que explican el aumento en las cifras, en los cálculos, del número de nuevas infecciones por VIH en el mundo. Antes que nada, lo que se ha hecho por primera vez es elaborar un cálculo detallado, país por país, en todo el mundo, del avance de la infección. Esto no se había hecho nunca. Antes, los cálculos se hacían a través de las extrapolaciones de unos cuantos países hacia todo un continente. Lo que se ve ahora es un cambio en la metodología. Nos dimos también cuenta de que había serias subvaloraciones, particularmente en Africa. En países grandes como Nigeria no se habían hecho cálculos, y allí viven más de 100 millones de personas, lo que cambia mucho las cosas; tampoco en Sudáfrica o en Zimbabwe. En Asia, la epidemia acelera su avance. La India es el país que cuenta con el mayor número de personas infectadas, probablemente cerca de 5 millones de casos. Cualquier cosa que suceda en Asia adquiere hoy una dimensión especial, debido al número de personas que viven en ese continente. En la India, 950 millones; en China, 1.3 billones.

Qué sucede entonces con la prevención? ¿Por qué no son eficaces las campañas preventivas en los países en desarrollo?

Primeramente quiero decir que la prevención funciona. Los esfuerzos de prevención sí marcan una diferencia. Lo hemos visto en países ricos, pero también en naciones pobres, como Uganda y Tailandia, donde se advierte un descenso en el número de infecciones. Y es importante señalar esto, porque generalmente la gente se desalienta y dice: "Esto nunca cambiará. De nada sirven la educación, la información, la prevención, las campañas, siendo la gente como es, y sobre todo siendo como son los hombres". Esto no es cierto. En segundo lugar, tenemos que considerar, en cada país, cuáles son las personas mayormente expuestas al riesgo de contraer el VIH, cuáles las más vulnerables, porque ésta es una epidemia que tiene que ver no sólo con el comportamiento sexual, sino con el contexto social en que se da dicho comportamiento —un contexto en el que se da lo que en Onusida llamamos la vulnerabilidad. Gente a la que se discrimina o margina en la sociedad, por ejemplo, el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres. En muchas sociedades esto se reprime mucho, incluso oficialmente. Estos son grupos que requieren de mucha atención. Hay que reconocer primero la existencia de esos grupos, y esto incluye, en algunos países, a los usuarios de drogas intravenosas. Una vez conscientes de su existencia, debemos realizar esfuerzos especiales, pero bajo la condición de que dichos esfuerzos no se dirijan a esos grupos en forma segregacionista o policiaca, sino en el sentido de una educación y una prevención específicas. Y no sólo para reducir el riesgo del contagio por VIH sino también para asegurar que la sociedad no estigmatice y excluya a esos grupos.

¿Qué impacto pueden tener las recomendaciones de Onusida en países donde la presión de grupos religiosos o ultraconservadores, y la inercia de los gobiernos, impiden la instrumentación de políticas eficaces de prevención?

Una de las tareas más importantes de Onusida es tratar de convencer a los gobiernos, a los políticos y a los jerarcas religiosos de la importancia de la prevención. Hoy recibimos, en forma de libro, un informe del Banco Mundial en el que se ofrece el mismo mensaje. Allí se dice que es responsabilidad de los gobiernos hacer frente a la epidemia y asegurar que aquellas personas con mayor riesgo frente a la misma se beneficien de estos programas de prevención. Esto es muy importante, pues el Banco Mundial habla con una autoridad mucho mayor que la de cualquier otro organismo internacional. Algo también capital es que los grupos religiosos, en particular los católicos, que a menudo representan un gran obstáculo para la prevención del VIH, se conviertan en aliados. Y yo creo que esto es posible. La mayoría de los grupos religiosos, o iglesias, no representan un bloque homogéneo o monolítico. Tenemos aliados en todos los grupos religiosos. ¿Qué religión puede desear ver a todos sus fieles morir por una epidemia?

¿Por qué la ayuda de organismos internacionales como Onusida, o los préstamos del Banco Mundial a países en desarrollo, se destinan a la prevención general y rara vez a las intervenciones específicas en grupos con alto riesgo de infección?

Hacer eso requiere de decisiones políticas importantes y también difíciles, porque dichas intervenciones no son bien vistas por la población en general. Hay que pensar en varias cosas: una de ellas, es comprender que una cosa no excluye a la otra. Me parece que es también importante dirigirse a la gente joven. No se trata de atender a un usuario de drogas o a un hombre que tiene sexo con otro hombre, excluyendo a la demás gente. Los gobiernos deberían estar conscientes de que en la sociedad, en la población, se dan muchos cambios, que no siempre son muy evidentes o muy organizados, y que los beneficios de los programas de prevención debe recibirlos toda la gente, sin exclusiones. Son muchos los hombres que tienen sexo con otros hombres y que también lo tienen con mujeres, y para muchos gobiernos, y mucha gente, no es fácil reconocer este hecho. Pero sabemos que la bisexualidad es una realidad. No querer lidiar con eso coloca a los gobiernos en una situación difícil en relación con el conjunto de la población. ¿Cómo cambiar todo esto? Es preciso enfrentar esa realidad, y cambiarla, a través de presiones políticas y de activismo. Esto es esencial en una democracia.

¿Cómo promover el uso del condón en países en desarrollo donde los gobiernos no adoptan al respecto una política decidida y vigorosa?

Nuestra posición es muy clara. Promover el uso del condón es una parte absolutamente esencial en la prevención del VIH. El condón salva vidas. No hay duda de ello, tenemos evidencias irrebatibles. Me resulta difícil comprender cómo las personas religiosas que proclaman el amor al prójimo y el bienestar general, pueden oponerse a una medida que puede salvar vidas. ¿Qué tan lejos pueden llegar los grupos conservadores? Yo creo que muy lejos. Esto depende de las relaciones de fuerza en el interior de un país. No podemos hacer mucho en tanto extranjeros, en tanto organismo internacional, en situaciones de este tipo. Lo que comúnmente sucede es que cuando las cosas se agravan, y la epidemia adquiere un perfil inquietante, esas gentes se vuelven más razonables, pero para entonces el mal ya está hecho y es demasiado tarde.

En materia del acceso a tratamientos muy costosos, es primordial la ayuda de organismos internacionales a países en desarrollo. Pero ¿qué hacer cuando un país como México deja de recibir esa ayuda por considerársele, erróneamente, un país desarrollado?

La cuestión es complicada pues se trata de un financiamiento que proviene de donaciones laterales, del sistema de las Naciones Unidas, la institución Bretton Woods, el Banco Mundial, etcétera. De hecho, muchos países en América Latina se han graduado, han pasado de ser países en desarrollo a ser ahora naciones con un alto desarrollo económico. Y esto representa un problema. La situación en que se encuentra México es paradójica: Demasiado rico para ser pobre, y demasiado pobre para ser rico. Para nosotros esto también representa un problema, porque el dinero que recibimos en Onusida proviene de organismos de donadores, los cuales nos dicen que debemos emplear los recursos en países oficialmente clasificados como naciones en desarrollo. Esto quiere decir que uno debe encontrar otros mecanismos de financiamiento para la terapia y cuidado de los enfermos. Y hasta el momento no tenemos una solución para eso. Ayer tuvimos un simposio por satélite con el tema de acceso a los tratamientos y discutimos con la gente de esta región (Latinoamérica) sobre lo que se podía hacer al respecto. Y en mi opinión, lo que debemos hacer es negociar con las industrias farmacéuticas por precios más bajos, y esto es posible hasta cierto punto, y aunque las reducciones no harán que el producto sea barato, sí será un poco menos caro. Lo que también estamos discutiendo es la posibilidad de que varios países en la región unan sus esfuerzos para lograr esto. Con todo, es preciso encontrar el mecanismo idóneo, y debo admitir que en Onusida aún no tenemos una solución. Estamos trabajando a partir de varias propuestas, pero sólo contribuiremos a conseguir parte de la solución, no toda la solución ●

VIH en Latinoamérica: los costos de la incompetencia

JAVIER HOURCADE

Las personas que vivimos con VIH/sida padecemos las estadísticas. Los números no nos representan ni tampoco representan nuestra realidad: únicamente nos confieren invisibilidad. Es difícil, cuando no imposible, encontrar al género humano cuando lo tapamos con la compulsión científica de cuantificar la vida, la salud y la enfermedad. No nos faltan datos para levantar gráficas y poder sentarnos a discutir, como lo hacemos habitualmente, con otros especialistas del tema VIH/sida, intercambiando números hermosos. Pero nosotros, los que vivimos con la enfermedad, trabajamos en grupos y redes, y defendemos el derecho a no perder nuestra identidad e individualidad en manos de las estadísticas. Sabemos que éstas pueden convenir en el marco de una propuesta para solicitar dinero a un financiador, pero también sabemos que están tan alejadas de la realidad, de nuestras realidades, como muchos de quienes las sostienen y promueven. A estas alturas de la historia del sida, nuestra sola existencia demuestra las limitaciones de las ciencias exactas cuando intentan hablar de la vida. A mí y a decenas de compañeros, los médicos mostraban en 1987 gráficas a cuatro colores, editadas algunas por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, donde podía yo observar la progresión de mi enfermedad. Con calculadora en mano, podía saber que en seis meses podía desarrollar sida, y en doce, morir por una serie de infecciones oportunistas. A diez años de estos obscenos cálculos matemáticos, parece ser que se equivocaron.

Con estimaciones estadísticas aún más irrealistas y peligrosas, los administradores de la salud ajena calculan (y se equivocan) acerca de cuántas personas viven en sus países con VIH/sida, justifican o no la compra de medicamentos, la provisión o no de métodos de seguimiento, los presupuestos, nuestras necesidades, su ineficacia, y nuestras muertes.

Siguiendo el modelo pseudo-neoliberal que como una epidemia ha contagiado a todos los sistemas de administración de la salud pública en Latinoamérica, todo se transforma en una relación costo-beneficio. Todo tiene un precio. Hay un precio para la cama del hospital, para cada pastilla y reactivo. No se han atrevido todavía a fijar un precio para la vida humana. Tampoco se animan a fijarle un precio a su incompetencia y a su desidia.

Es importante señalar que en Latinoamérica existe una minoría de personas que viven con VIH/sida, frente a una gran mayoría de gentes que sobreviven o mueren por VIH/sida. Vivir hoy con VIH sólo es posible con un diagnóstico adecuado y un seguimiento médico, con información fluida y asesoramiento, con el acceso a conteos de CD_4 y a mediciones periódicas de las cargas virales, con tratamientos para las infecciones oportunistas, con derecho a la confidencialidad, al trabajo y a la no exposición a cualquier forma de discriminación. Esto es vivir con VIH. Las personas con VIH estamos expuestas cotidianamente a un sistemático genocidio debido a la irresponsabilidad y a la negligencia de los funcionarios de nuestros países, quienes escudados en la falta de presupuesto y en la falta de políticas, resultan más letales para nosotros que el propio virus de la inmunodeficiencia humana. ¿Cómo se reduce esto a gráficas? ¿Cómo se calcula? ¿Cómo se cobra?

A pesar de nuestra gran diversidad cultural, a los países latinoamericanos nos hermana el padecer formas similares de subdesarrollo y pobreza. Nuestra región padece problemas endémicos anteriores a la aparición del sida. Uno de ellos es el hambre. Un pueblo que padece hambre y violencia no es el más receptivo para estrategias e intervenciones de prevención primaria y secundaria en sida y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Ningún tratamiento antirretroviral funciona o funcionará en estómagos vacíos.

Como científicos, activistas y comunidad movilizada, debemos asumir la responsabilidad de incluir todos los factores sociales, económicos y culturales en nuestro discurso. De otra manera corremos el riesgo de parcializar nuestro trabajo, poniendo en serio peligro el resultado de nuestras acciones. Quienes venimos de los contados países latinoamericanos en los que el acceso a tratamientos y cuidados a personas con VIH/sida se está transformando en una realidad concreta, sabemos que las posibilidades y oportunidades de vivir con VIH pasan a ser:

Una ecuación geográfica, porque se reducen a medida que el lugar de residencia de estas personas se aleja de las grandes capitales.

Una ecuación económica, porque se reducen a medida que el nivel socioeconómico de estas personas baja.

Una ecuación política, porque todo lo obtenido no ha sido producto de la generosidad o responsabilidad de nuestros estados, sino respuesta a las demandas y a la movilización de las personas que viven con VIH/sida y del resto del sector comunitario.

Falta mucho camino por recorrer, la mayoría de nuestros países hermanos no cuentan con los tratamientos, cuidados y derechos más elementales. Y en aquellos países donde algo se ha conseguido, no hay garantía alguna de continuidad, como tampoco de conseguirlos para el conjunto de la población que más los necesita.

Lo poco o mucho que se ha conseguido ha sido en respuesta a nuestro activismo y en ello radica la clave de nuestro futuro. Como lo ha dicho repetidamente un grupo de compañeras argentinas, las Madres de la Plaza de Mayo: "La única lucha que se pierde es aquella que se abandona" ●

Transcripción parcial de la ponencia presentada por Javier Hourcade de la Red Global de Personas viviendo con VIH/sida en la V Conferencia Panamericana de Sida. Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre.



Drug Advice and Information Service and Fighting Aids Brighton

De las razones de un funcionario

Cuando en julio de 1995, el doctor Jorge Saavedra, entonces director de Apoyo Financiero Externo de la Secretaría de Salud (Ssa), comienza a perder peso, él lo asocia a las tensiones laborales. Pero en octubre su peso es de 55 kilos —35 menos de su peso normal—, y se le hospitaliza en el Instituto Nacional de Nutrición, donde se le practica el examen para un diagnóstico del VIH, que se revela positivo. Su estado de salud es precario; su conteo de CD_4 llega a cero y su carga viral alcanza las 700 mil copias virales por mm³. Con estos resultados, y un síndrome de desgaste, una diarrea de cuatro meses, y una neumonía, al poco tiempo se le clasifica en etapa C-3, es decir, como un enfermo de sida en fase terminal.

A finales de octubre, el paciente inicia una terapia doble, con AZT y ddC, y en cuatro semanas recupera 80 por ciento de su peso, disminuyen las diarreas y aumenta el apetito. Es entonces cuando se reintegra a su trabajo y por temor al rechazo, da explicaciones que sugieren una variedad no especificada de cáncer.

En enero de 1996, por cambios administrativos en la Ssa, se le solicita la renuncia y queda así sin servicios de seguridad social (ISSSTE) y sin la capacidad de comprar los medicamentos requeridos. Con apoyo familiar y con el pago de consultorías, le es posible continuar la terapia.

En agosto, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), invita al doctor Saavedra a realizar un estudio sobre el "Impacto económico del sida en México", y posteriormente, en julio de 1997 a ingresar a esa institución como Director de coordinación. A pesar de la polémica que provocó la publicación del estudio, pues muchos activistas de lucha contra el sida, así como personas que viven con el VIH, consideraron que los resultados habían sido arreglados para justificar que el gobierno no proporcione los medicamentos contra el VIH a la población que los necesita, él no estaba dispuesto a revelar públicamente que comprendía muy bien la angustia por el acceso a los medicamentos, por vivirla él mismo en carne propia.

Cuando el pasado mes de noviembre, salió publicada una nota en la prensa que en grandes titulares decía: "Sería inmoral que el gobierno diera los medicamentos contra el VIH porque estos son muy caros y además no sirven", el doctor Saavedra decidió que era el momento de enfrentar el problema abiertamente. Junto con algunos destacados especialistas mexicanos, pública una carta desmintiendo las aseveraciones del doctor Manuel Velasco Suárez, hechas en su calidad de presidente de la Academia Mexicana de Bioética y aprovechando un espacio televisivo de alto rating (el programa de Nino Canún), el director de Coordinación de Conasida decide manifestar que no sólo creía en la efectividad de los medicamentos antirretrovirales, sino que él era uno de los ejemplos sobrevivientes de cómo éstos sí servían.

El doctor Saavedra considera que a la gran mayoría de las personas afectadas por el VIH/sida que carecen de seguridad social en México, les es casi imposible acceder a los nuevos tratamientos ya que requerirían erogar 250 días de salario mínimo sólo para adquirir la dosis de un mes. Lo más indignante, sin embargo, es que una persona con alta influencia en el sector salud considere "inmoral" dar los medicamentos. El gobierno de México, añade, sí puede absorber este costo, pero tiene que hacerlo necesariamente con recursos adicionales al sector salud. México, un país que no está en guerra, autoriza a través de su Congreso, el gasto para 1998 de más de 14 mil millones de pesos en recursos destinados a la Defensa y a la Marina. Jorge Saavedra pregunta indignado: "¿Acaso esto no es una inmoralidad mayor?" **(Carlos Vázquez)** ●



Reunidos en Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre, funcionarios de salud, científicos, médicos y activistas de diferentes países del continente expusieron, en la V Conferencia Panamericana de Sida, los avances clínicos, preventivos y sociales del combate a la pandemia de sida en América Latina. La siguiente es una crónica de lo más relevante de dicho evento.

V Conferencia Panamericana de Sida

Avances clínicos y desafíos políticos

ALEJANDRO BRITO

El altar de la Basílica de San Francisco en Lima, decorado con un enorme listón rojo (símbolo de la lucha contra el sida), fue el escenario inusitado de la inauguración de la V Conferencia Panamericana de Sida y del XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual. Del 3 al 6 de diciembre, se reunieron en Lima, Perú, más de mil 300 médicos, científicos, funcionarios de salud, especialistas de diversas disciplinas sociales, activistas comunitarios y personas que viven con VIH o sida de Latinoamérica, Canadá y Estados Unidos. En el discurso inaugural, el Presidente Alberto Fujimori anunció tratamientos gratuitos para las madres gestantes que resulten positivas al virus que causa el sida, y para sus hijos. La presencia del mandatario peruano causó sorpresa entre los asistentes, porque, según se comentó, la mayoría de los jefes de gobierno de la región se han mostrado reacios a pronunciarse en torno al tema.

Fueron muchos los temas abordados desde las diferentes especialidades convocadas en esta Conferencia. Sin embargo, el tema central fue cómo poner al alcance de las personas afectadas por el sida los costosos medicamentos para combatirlo. Al respecto se presentaron dos posiciones encontradas: la de quienes anteponen razones económicas, basadas en el análisis de la relación costo-beneficio, para sostener que el Estado no tiene la capacidad financiera de cubrir la demanda de medicamentos antirretrovirales, y la de aquellos que, por el contrario, privilegian las razones éticas y concluyen que es una obligación moral de los gobiernos dar esos medicamentos. Como señaló el doctor Carlos del Río, ex coordinador del Conasida, en la plenaria final: "Lo que era un mero avance en el área clínica, es ahora un tema de debate político y un asunto de derechos humanos".

Entre los costos financieros y los humanos

Los resultados más alentadores presentados en Lima fueron los reportes clínicos que demuestran la eficacia terapéutica de los medicamentos inhibidores del avance del virus que causa el sida en el organismo. Varios trabajos mostraron los efectos benéficos sobre la calidad de vida de la mayoría de las personas VIH+ sometidas a terapias que combinan tres medicamentos diferentes, resultados que incluso permitirían medir el impacto favorable sobre la salud pública de los países que los suministran masivamente. Al respecto, el representante del gobierno brasileño sorprendió al anunciar que en la ciudad de Sao Paulo se logró disminuir 35 por ciento el número de muertes por sida en un año. Este país provee por ley y de manera gratuita los medicamentos que integran el llamado "coctel" antiviral a todas las personas que en Brasil padecen sida. Dicha ley, que en su artículo primero dice: "Los portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermos de sida, recibirán gratuitamente, del Sistema único de Salud, todos los medicamentos necesarios para su tratamiento", fue aprobada, luego de un proceso de convencimiento de la opinión pública, por el Congreso Nacional y firmada por el Presidente Fernando Henrique Cardoso en noviembre de 1996.



Cartel del Ministerio de Salud de Brasil

En una de las reuniones más interesantes de la Conferencia de Lima, donde los representantes de los programas nacionales de sida de Argentina, Brasil, México, Colombia y Costa Rica expusieron sus políticas y acciones, la representante brasileña expuso que gracias a esa decisión política, el Sistema de Salud de aquel país ha logrado garantizar tratamientos a una población de 50 mil personas con sida a un costo de 300 millones de dólares y que la meta era alcanzar a cubrir a 100 mil afectados y que para ello se invertiría una cantidad superior a los 600 millones de dólares.

El enorme costo de estos tratamientos para los sistemas de salud pública latinoamericanos es el *quid* del debate. Los administradores de los presupuestos en los países de la región, han recurrido al cálculo económico para demostrar que desde el punto de vista de la relación costo-beneficio, un gasto de esa magnitud no es redituable. Javier Hourcade, de la Red Global de Personas Viviendo con VIH/sida, en una de las sesiones plenarias, lo denunció de esta manera: "Siguiendo con el modelo seudo-neoliberal que como una epidemia ha contagiado a todos los sistemas de administración de la salud pública en Latinoamérica, todo se transforma en una relación costo-beneficio. Todo tiene un precio. Hay un precio para la cama del hospital, para cada pastilla y reactivo. No se han atrevido todavía a fijar un precio para la vida humana. Tampoco se animan a fijarle un precio a su incompetencia y a su desidia".

Sin embargo, en algunos países como Brasil, Argentina y Costa Rica, la movilización de la opinión pública y la acción política de los propios afectados por el VIH han logrado derrotar los cálculos economicistas y establecer que es deber moral de los estados proveer esos medicamentos. El caso paradigmático es el de un enfermo en Costa Rica que por medio de un recurso de amparo abrió las puertas de la seguridad social, que hasta entonces no cubría el sida, a las personas afectadas por el VIH. Según el representante del Programa Nacional de Sida de ese país, el demandante argumentó que si el seguro social no le proporcionaba los medicamentos antirretrovirales "estaría violando mis derechos constitucionales con respecto al derecho a la salud y al bienestar". En respuesta, según el mismo relator, el seguro social presentó una serie de estudios socio-económicos que demostraban la imposibilidad para el país de asumir esa responsabilidad.

A pesar de la contundencia de estos argumentos, la sala constitucional falla en favor del demandante con un argumento superior e irrefutable: "La vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo el Estado a quien corresponde velar por la salud pública". Valorando el triunfo alcanzado en este proceso, el representante de Costa Rica se lamenta: "En lo personal no puedo decir que sea un gran honor reconocer que fue un logro de los abogados y que los médicos estuvimos ausentes".

Por su parte, la representante de Argentina, país que gastó 54 millones de dólares en la compra de los medicamentos antirretrovirales en 1997, subrayó que eso se logra "cuando existe verdadera voluntad política" por parte de la máximas autoridades, aunque reconoció que fue la acción política de los organismos no gubernamentales "lo que realmente hizo posible aumentar las partidas presupuestales para medicamentos".

En Argentina existe, desde 1990 una "Ley del sida" que permitió, al igual que en Brasil, aprobar en 1996 una ley que hace obligatorio para todo el sistema de salud el tratamiento para todas las personas con sida. Una de las funciones del propio Programa Nacional de Lucha contra el Sida es proveer de manera gratuita los medicamentos necesarios para tratar el sida en todos los centros de salud pública.

En contraste con los ejemplos anteriores, México se encuentra rezagado. El representante mexicano, el doctor Jorge Saavedra, director de coordinación del Conasida, informó que la cobertura de los medicamentos antirretrovirales en nuestro país sólo alcanza al 50 por ciento de los afectados (cubiertos principalmente por el Seguro Social), y que se necesitarían por lo menos 50 millones de dólares para cubrir al otro 50 por ciento que no cuenta con ningún tipo de seguridad social (más de 10 mil personas).

Mientras en otros países de la región, con niveles de producción y desarrollo similares, es el Estado el que ha asumido la responsabilidad de suministrar las terapias necesarias para combatir al VIH, en México el gobierno busca compartir esa responsabilidad con el sector privado y la sociedad en su conjunto. El proyecto de la Secretaría de Salud es la creación de un Fideicomiso (Fonsida, A.C.) con recursos públicos y privados de aportación voluntaria y semivoluntaria. Según Jorge Saavedra, los recursos serán destinados a la compra de medicamentos antirretrovirales para cubrir a la población con VIH/sida que no tiene seguridad social. Ya que, añadió, el coctel antiviral (la combinación de tres medicamentos) tiene un costo mensual equivalente a 250 días de salario mínimo.

El rezago mexicano también es jurídico. En los tres países mencionados se han promulgado leyes específicas que permiten la atención integral, incluidos los medicamentos, a los pacientes con sida. Como subrayó la representante de Argentina: "La fuerza de nuestro Programa Nacional de Sida reside en la claridad de las leyes que obligan al Estado a dar el tratamiento." En México, según explicó Saavedra, sólo existen guías de atención y normas oficiales sobre sida que no obligan a nada a nadie.

En su participación en una de las plenarias, el doctor Julio Montaner, de Canadá, afirmó que de acuerdo con su capacidad productiva, a algunos países latinoamericanos, incluido México, les costaría menos de 1 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) ofrecer los medicamentos. Porcentaje similar a lo que invierte Canadá, 0.5 por ciento, en el mismo rubro. Sin embargo, algunos participantes mostraron su preocupación sobre la capacidad de sus países para seguir financiando estos tratamientos. "Hasta ahora lo hemos podido hacer —afirmó la representante de Argentina— pero pensando en el largo plazo no podemos asegurar que esto continúe así." Cuestionado al respecto, Peter Piot, director del Programa sobre Sida de las Naciones Unidas (Onusida), se pronunció por negociar con las industrias farmacéuticas para que ofrezcan mejores precios, y dejó entrever la posibilidad "de que varios países de la región unan sus esfuerzos para lograrlo".

Vacuna, único modo de detener la pandemia

La preocupación no sólo fue sobre las limitaciones financieras de los países de este continente, sino también sobre el uso que se está dando en la región a las terapias antirretrovirales. Debido a la complejidad de las combinaciones de los medicamentos que integran el coctel antiviral, a la capacidad del VIH de desarrollar resistencia a esas drogas, y a las incompatibilidades de éstas con otros medicamentos para el tratamiento de enfermedades oportunistas, se estableció la necesidad de capacitar a médicos y personal de salud en el manejo de los mismos, así como educar al usuario. "Si no logramos tener control sobre esto, desperdiciaremos los pocos recursos disponibles", afirmó el doctor colombiano Alejandro Castro. Por su parte, el doctor Julio Montaner recomendó desarrollar una estrategia acorde a las necesidades y posibilidades del paciente y no esperar recetas de cocina válidas para todos los casos. Además, dijo, no se debe perder de vista el objetivo primordial: "disminuir la replicación viral tanto como sea posible por el mayor tiempo posible". En su conferencia titulada "¿Dónde estamos?", resumió así los avances logrados: "Diferentes estudios han demostrado que la presencia del VIH llega a niveles no detectables después de un promedio de 48 semanas de tratamiento en 70 por ciento de los casos tratados con un esquema múltiple (de tres o más antirretrovirales)."

A pesar de los avances terapéuticos con el uso de antirretrovirales, aún no se puede hablar de erradicación del VIH. Los estudios clínicos también han demostrado que como señaló la doctora venezolana Gloria Echeverría en la plenaria final, "después de tres años de terapia triple y baja carga viral, cuando se suspende el tratamiento la infección vuelve". Lo que significa que una persona que emplee estas terapias tendrá que tomarlas por el resto de su vida. Además, el llamado coctel antirretroviral no está funcionando bien en todos los pacientes y la resistencia viral a estos medicamentos es ya un problema creciente en Europa y Norteamérica. Por ello, un grupo de científicos, agrupados en la Iniciativa Internacional para la Vacuna Contra el Sida (IAVI por sus siglas en inglés), auspiciada por Onusida, el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y otras fundaciones internacionales, han señalado la necesidad de concentrar mayores recursos y esfuerzos en el desarrollo de una vacuna, porque "es la mejor solución para la pandemia", según señaló el director de ese organismo Seth Berkeley. Por su parte, el doctor José Esparza, asesor del programa de vacunas de Onusida, en el mismo sentido afirmó: "Es más difícil cambiar la conducta sexual de las personas que encontrar una vacuna contra el sida. No hay cambio de comportamiento, no hay educación, no hay condón que pueda parar esta pandemia."

Proyecto Sur

Los integrantes de la IAVA informaron que, aunque las vacunas contra el VIH son la única tecnología capaz de detener la pandemia, la investigación de vacunas recibe cada año menos de 8 por ciento de los fondos mundiales asignados a la investigación sobre el sida. La iniciativa espera invertir de 2 a 4 millones de dólares con ese propósito y concediendo prioridad a las cepas del VIH prevalecientes en los países en desarrollo.

A pesar de las dificultades, los expertos calculan que el desarrollo de una vacuna anti VIH será posible en diez años, aunque lo más probable es que se necesite más de una vacuna, según señaló el doctor Esparza.

Prevención: reparando los daños

No sólo la pandemia del VIH se ha expandido por Latinoamérica (se calcula en 1.6 millones las personas infectadas), también las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han vuelto a cobrar importancia en la región, en particular entre las y los adolescentes. Al respecto, el doctor King Holmes, calificó la situación como "muy mala", porque médicos, farmacéuticos y boticarios siguen recomendando tratamientos no adecuados, como la penicilina, para tratarlas. "La penicilina es una droga inútil", alertó y recomendó capacitar y actualizar al personal médico de la región en el manejo de estas enfermedades.

Por otro lado, se ha demostrado que las ETS aumentan el riesgo de transmisión del VIH. En este punto, el doctor Michael E. St Louis afirmó que el tratamiento y la detección temprana de las enfermedades sexualmente transmisibles es una estrategia preventiva muy eficaz para reducir la transmisión del VIH. Recomendó realizar labores preventivas entre las personas que acuden a tratarse una enfermedad de este tipo, por medio de la consejería y la prueba de detección de anticuerpos al VIH.

En cuanto a la transmisión perinatal del VIH en la región, quedó claro que a pesar de que algunos países han llevado a cabo políticas de detección masiva del VIH en las mujeres embarazadas para reducir el riesgo de transmisión a sus bebés, dista mucho de ser una política regional de prevención. Y esto se debe en parte a las condiciones de vulnerabilidad en que viven las mujeres latinoamericanas. En la Conferencia se informó que un alto porcentaje de mujeres gestantes tienen su primer contacto con el sistema de salud en el momento del parto. Como dijo Sandra Arturo D'Uries, mujer colombiana que vive con VIH: "Frecuentemente las mujeres descubrimos que estamos infectadas cuando nuestros esposos fallecen y cuando nuestros hijos nacen y se enferman."

De los trabajos preventivos más innovadores que se presentaron en la Conferencia fue el sistema de distribución de cupones entre las trabajadoras sexuales de la ciudad de Managua para recibir atención médica gratuita. Los cupones, informó Caridad Villabela en una mesa redonda, fueron muy bien aceptados, "lo que garantizó que más de mil mujeres de las 1,500 estimadas recibieran atención médica a un costo más bajo que el del sector público".

Una de las críticas más fuertes a las políticas preventivas seguidas por los gobiernos de la región, la expuso un grupo de representantes de la comunidad gay latinoamericana. En uno de los coloquios mostraron los resultados de una consulta regional en donde piden una revisión de los datos epidemiológicos de la región porque, según afirmó Jeffrey Stanton de Colombia, "aunque se habla de heterosexualización de la pandemia, la población más afectada sigue siendo la de los hombres que tienen sexo con hombres". En América Latina, lo secundó Luis Gauthier de Chile, 80 por ciento de los hombres afectados por el sida son gays. "Y no hay proporción de la ayuda financiera y de otro tipo con esta realidad." Por lo que solicitaron se aumente el porcentaje de la ayuda en prevención a esta población.

La pandemia del sida en Latinoamérica, y en general en los países no desarrollados, ha seguido el curso de la vulnerabilidad social, es decir ha afectado mayormente a las poblaciones más desprotegidas de la sociedad: trabajadores migrantes, amas de casa, niñas y niños de la calle, trabajadoras sexuales, homosexuales, usuarios de drogas. Lo que ha hecho el VIH en estos sectores es incrementar su vulnerabilidad. Al respecto, la trabajadora social Silvia Panebianco, lanzó en una de las plenarias de la Conferencia de Lima el siguiente reto: "¿Podemos reducir la vulnerabilidad social o vamos a tener que seguir reparando los daños? La moneda está en el aire ●

En la clausura se informó que la sede de la próxima Conferencia Panamericana de Sida será en Río de Janeiro en diciembre de 1999.

El costo de los medicamentos

- El coctel antiviral (combinación de tres medicamentos contra el sida) tiene un costo equivalente a 250 días de salario mínimo por mes.
- La cobertura de los medicamentos contra el sida en nuestro país sólo alcanza al 50 por ciento de los afectados. Para cubrir al porcentaje restante, 10,256 personas, se requeriría un presupuesto de 370 millones de pesos anuales.
- En Sao Paulo, Brasil, gracias al suministro gratuito y masivo de los medicamentos contra el VIH, se logró disminuir 35 por ciento la mortalidad por sida.

El sida y las exigencias personales

ENTREVISTA CON EL CINEASTA MARLON RIGGS

De 1989 a 1994, Marlon Riggs realiza una serie de documentales políticos sobre la experiencia de ser afroamericano, gay y seropositivo en Estados Unidos. En sus películas, el director explora los efectos de la homofobia y el racismo, los sentimientos de culpa y frustración que a menudo empañan la sexualidad de las personas que viven con VIH/sida, y la necesidad de oponer al silencio de las mayorías y los gobiernos, el combate de las voces comunitarias. Marlon Riggs, realizador de *Tongues Untied, Black is, black ain't, Color adjustment* y *No regrets*, fue también profesor de documental y video en la Universidad de Berkeley, California. Murió en 1994 a la edad de 37 años.

THOMAS AVENA

En el proceso de la enfermedad, ¿cómo cambió la forma en que pensabas tu cuerpo? ¿Viste esos cambios como una liberación voluntaria del control de la mente?

Había comenzado a cambiar antes de ponerme enfermo, eso es, antes de ingresar al hospital. Me sentía decaer, y eso podía verlo sobre todo en mi cuerpo, más allá del conteo de células T o de mis resultados de laboratorio. Podía ver, físicamente, que perdía algo, que algo de mi mente comenzaba a disminuir, que perdía peso. Antes tenía cierta musculatura porque iba tres o cuatro veces por semana al gimnasio. Ahora me veía en el espejo y mis brazos comenzaban a verse huesudos, y mis nalgas empezaban a verse flojas. Perdía la definición que durante años tuve de mi torso. Durante un tiempo lo atribuí a una falta de disciplina en el entrenamiento, pero aun cuando hacía ejercicios, no recuperaba el tipo de energía de la que antes había gozado.

Por la que habías luchado...

Exacto. Luchar se había vuelto parte de mi imagen y fuente de mi autoestima.

Eso es en cierta forma un ideal homosexual: querer ser tan bello y bien proporcionado y fuerte, como sea posible.

Ser Mandingo, si eres afroamericano, o Adonis, si eres blanco. Esa era mi ambición y lo logré. Luego de pronto, contra mi voluntad, comencé a perderlo todo. Comenzaba a sentirme muy cansado. Me costaba trabajo digerir la comida. Así que antes de enfermar, sentí que algo le sucedía a mi cuerpo, y eso me advertía de cambios en mí. Sentí que mi cuerpo me estaba traicionando y lo ví como una entidad separada que ahora tendría una voluntad propia; que ya no estaría sujeta a mi disciplina y manipulación. En cierta forma me sentí divorciado de mi cuerpo. Es como si lo observara en caída libre, y aun cuando quisiera hacer algo para evitarlo, no podía. Hubo cierto distanciamiento tranquilo, y pensé, ahora ya está aquí, el virus.

De regreso ahora del hospital a casa, ¿te has reconciliado con lo que le sucede a tu cuerpo, o sigues luchando, odiándolo?

Es todo un proceso ahora. Estoy aprendiendo a sentirme a gusto con mi cuerpo, a medida que cambia, a partir de esos mismos cambios. Y toma tiempo aprender a caminar de nuevo, y de forma muy distinta a como lo hacía antes de enfermar; aprender hasta qué punto puedo hacer cosas durante el día sin provocarme mucho estrés. Antes tenía mucha más energía, podía caminar mucho sin cansarme, hacer una siesta de diez minutos y sentirme fresco las cinco o seis horas siguientes. Ahora ya no. He tenido que aprender a no sentirme frustrado con estos cambios, a seguir de nuevo a mi cuerpo y atender sus necesidades. Y descansar cuando me siento muy cansado, y hacer todo lo que quiero hacer cuando tengo energía.

Con menos energía ahora, ¿sientes que se ha alterado tu perspectiva artística?

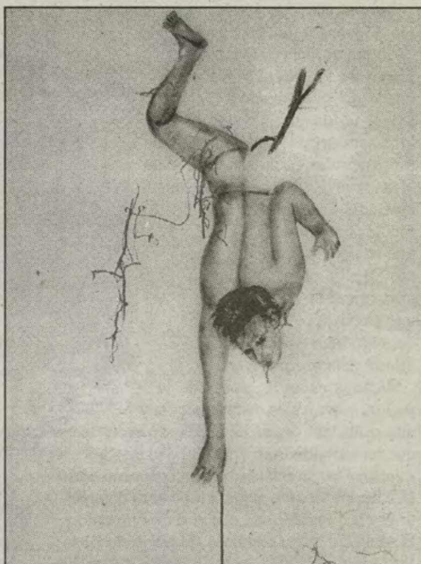
Estar cansado la mayor parte del tiempo ha incrementado el aspecto creativo de mi vida. Antes, la energía creadora era difusa. Durante el día, en mi vida en general. Ahora sé, por ejemplo, que al levantarme a las cinco de la mañana tendré de tres a cuatro horas de energía intensa, y durante ese tiempo puedo trabajar. Me concentraré mucho. Ya no tengo que ir de un lado a otro, de la computadora al guión, para decidir cuál será mi siguiente paso. Esta concentración no la tenía antes.

Me imagino que el tiempo es ahora sagrado.

Lo es, y eso es maravilloso porque es sagrado, es decir, puro. Es algo también muy inocente, porque ya no me corrompen pensamientos externos, o ansiedades y preocupaciones. Sólo quedamos el trabajo y yo en un vínculo limpio y muy estrecho.

Se diría un estado de bendición, luego de meses de pesadilla.

Bueno, esa ha sido una de las bendiciones de la enfermedad, si es que hay alguna. Después de la devastación de este padecimiento y la sensación de no tener ya control, de estarlo perdiendo, llegar a un punto en el que veo surgir algo de la nada, de un vacío, y ese algo es el trabajo, lo que estoy creando, y el control que tengo sobre él. En cierta forma es un regalo del cielo. Audre Lorde dice que uno gana fuerzas luego de haber confrontado a la muerte y no haberse dejado consumir por ella. Es entonces cuando vencemos el mayor de los miedos.


Julio Galán

¿Crees que tu evolución artística habría sido muy diferente de no ser seropositivo?

A menudo he pensado que no sería tan obsesivo con mi trabajo y que me daría tiempo para disfrutar otros aspectos de la vida —la compañía de mi amante, tiempo con mi familia, más tiempo para leer, para estar con amigos, para caminar por el parque. Quisiera creer que esas son las cosas que definen la vida, cuando es buena. Podría disfrutarla más. Saber que era seropositivo aceleró la necesidad de crear ahora, de hacer todo a un lado. La posibilidad de no ser seropositivo, de no tener sida, significaría finalmente poder disminuir el ritmo. Probablemente haría menos trabajo en el mismo lapso de tiempo. Pero eso estaría bien. Sería como todo mundo. No tendría que ser esta persona en este molino tratando de incrementar la velocidad todo el tiempo. Vivir esta enfermedad, *vivirla* realmente y no sólo sobrevivirla, significa de alguna manera estar comprometido con ella. Y bien puede ser que no sea el sida con lo que estás directamente comprometido, sino con todas las diversas luchas que son parte de la vida y del ser humano. Esa lucha puede producir trabajo que significa algo para ti y para los demás. El sida agiliza la necesidad, el impulso, de extraer de nuestra mente ese trabajo que tendrá resonancia para otra gente. Al mismo tiempo, entre más rápido se da el proceso, más pierde tu mente lo que requiere para poder sobrellevar las cosas. Por ello me parece que a la vez vives y mueres, y que no hay en ello nada extraño, excepto que ahora lo experimentas de manera muy concreta. Vivir y morir es algo simultáneo. Constantemente nos sentimos disminuidos por lo que en la vida nos agranda, y es esta aparente contradicción la que define el significado fundamental de la existencia ●

Tomado parcialmente del libro *Life Sentences: writers, artists and Aids*.
Ed. por Thomas Avena; Mercury House, San Francisco, 1994.
Traducción. Carlos Bonfil.

Crónica sero

JOAQUIN HURTADO

Me ve doblarme y caer. Paralizado desde su altura de diez años me observa abrazar desesperadamente el inodoro mientras vomito la comida de mamá. Atónito, desarmado, valiente, me sigue con la mirada mientras me arrastro como puedo hasta mi lecho donde yace acostada la esperanza. Allí espero con toda el alma recobrar el poco aire que aún me pertenece.

Apenas se anima a acercarse y tomarme de la mano cuando irrumpe el espectro de la diarrea. Es testigo de la maravillosa metamorfosis: los intestinos son un enervado amasijo de serpientes, un nudo robusto y soberano de tronidos y coletazos.

Vete a jugar al Nintendo, le digo mientras el cólico casi me arranca la lengua. Pero él sigue allí, imperturbable en su propio horror, como memorizando cada preciso fragmento de la realidad que quién sabe de dónde vino a rajarle las navidades.

Agua somos y en agua me convierto en cada evacuación. En la onceava visita al baño me decido a ir al hospital. Ni el Imodium ni los sueros de agua de arroz pudieron con este episodio. En urgencias se me canaliza, se me encama y se me da el pasaporte a un cuartito con vista al parque.

Doce horas después ya estoy reintegrado al mundo de quienes viven sin botellas de glucosa insertadas en la vena. Mi hijo sabe que estoy rehidratado y desde su fortaleza de diez siglos me envía la advertencia de que me requiere con él y sus primos esta Noche Buena. El médico se compadece y me libera. Me dispongo a partir, pero antes mi mujer cobra venganza contra el enfermero aquel que me hizo el fuchi. Entre chismes y carcajadas termino de vestirme cuando Abel trae el periódico y lee el encabezado. Cuarenta y cinco mujeres y niños sacrificados en Chiapas. La ponzoña se vuelve a derramar en mis adentros ●

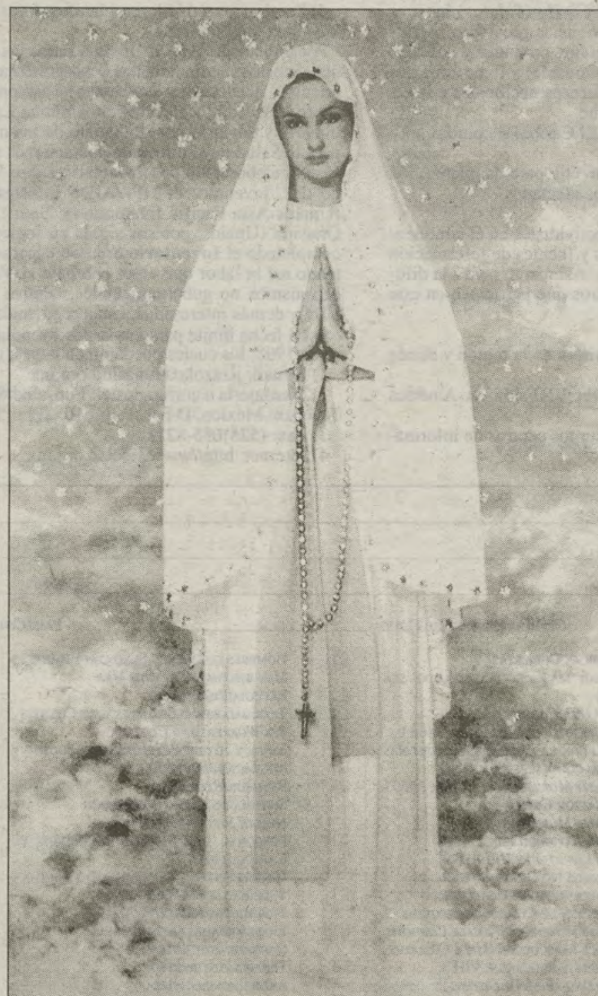
La virginidad y la ética de la igualdad sexual

A Reuben, por su luz
Virgencita, virgencita:
Tú que concebiste sin pecado,
déjame pecar sin concebir.
Tomado de un baño de la UAM-Xochimilco.

ANA AMUCHASTEGUI

Durante estas fechas nos vemos rodeados de imágenes de la Sagrada Familia, de nacimientos y Niños Jesús, de Vírgenes Marías que nos hacen recordar la creencia católica de la Inmaculada Concepción, es decir, de que Jesús fue concebido sin que mediara relación sexual alguna, por lo cual nació sin la marca del pecado original, de la cual ninguna otra persona se ha salvado.

Implícita en esta creencia está la noción de que la práctica y el placer sexual son pecado. De modo que si la sexualidad forma parte de nuestra naturaleza imperfecta y terrenal, el enemigo se encuentra dentro de nosotros mismos y estamos siempre en riesgo de caer en falta. Hemos, pues, de desconfiar de lo que suponemos nuestra esencia. Ya que inevitablemente tendemos a pecar, la Iglesia Católica creó el matrimonio indisoluble como una concesión para que podamos expresar lo sexual y, de paso, para controlarlo con mayor eficacia.


Pierre et Gilles

Virgen, madre, reina doméstica

Una de estas estrategias de control es la valoración excesiva de la virginidad de las mujeres —que no de los hombres— antes del matrimonio, para lo cual se erigió precisamente a la Virgen María como el modelo único de la femineidad. En países católicos, la identidad femenina se ha hecho equivalente a las características de María: virgen, madre y reina —aunque sea del deteriorado hogar y como compensación a la abnegación y entrega de las mujeres en las labores domésticas y de crianza.

Muchos podrían decir que hoy en día los comportamientos sociales asociados a estas premisas ya no son operantes debido al ingreso de nuestro país a la "modernidad" y a la secularización que el estado y la cultura mexicana han sufrido en los últimos dos siglos. Los discursos del catolicismo chocan de frente con los saberes especializados de la sexología y la psicología, que enuncian la naturalidad de la sexualidad de hombres y mujeres por igual. ¿Hasta qué punto, entonces, son todavía vigentes los valores sexuales del catolicismo, no sólo en las conciencias y las palabras de los sujetos, sino también en sus acciones?

Un estudio reciente[1] realizado con jóvenes de Oaxaca, Guanajuato y del Distrito Federal, muestra que existe una relación ambigua y compleja entre los discursos y las prácticas sexuales, pues del dicho al hecho hay un gran trecho cuando se trata, por ejemplo, de conservar la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio.

Las once participantes de la investigación concordaban en que la virginidad de las mujeres es importantes, pero desde diferentes puntos de vista: las jóvenes del Distrito Federal protestaban contra el valor que los hombres otorgan a la inexperiencia femenina, mientras que las jóvenes del interior parecían hacer propia la prohibición. En todo caso, ocho de las mujeres entrevistadas habían tenido relaciones al momento de la conversación, pero solamente tres de ellas eran vírgenes cuando se unieron a sus parejas actuales. De las cinco mujeres que se iniciaron antes del matrimonio, cuatro lo hicieron en relaciones ocasionales.

La desobediencia tuvo diferentes matices en función del contacto de las entrevistadas con diversos discursos modernos sobre la sexualidad y la igualdad. Mientras que las participantes capitalinas cuestionaban abiertamente la norma que prescribe la virginidad femenina, las mujeres de las comunidades rurales del interior aceptaban este mandato, cuando menos en el discurso. Lo curioso es que, a pesar de hacerlo suyo, de todas maneras lo desafiaron y tuvieron relaciones sexuales.

De modo que, así como ideológicamente se sostuvo la importancia de la virginidad femenina, así también se demostró la desobediencia y transgresión a esta norma. En breve, la mayoría de las mujeres se resistieron a esta prohibición, unas de manera articulada y contestataria, otras desobedeciendo en la práctica lo que parecían defender en el discurso. En este último caso, la reacción frecuente ante la conducta transgresora fue la aparición de intensos sentimientos de culpa y deslealtad frente a la familia, y el temor a perder en el mercado del matrimonio. Sin embargo, estas amenazas no bastaron para evitar en su momento las relaciones sexuales.

Los testimonios

A continuación transcribo un episodio de la historia de Bertina, una joven soltera de una comunidad rural de Guanajuato, que se inició sexualmente con una pareja ocasional:

Bertina (B): Pues es que mis tíos vinieron y se quedaron aquí semanas, y no me acuerdo a dónde se fueron mis tíos, pero no estaban ahí y él nada más se quedó, y yo me confié, me tocó en mi cuarto y le abrí, luego empezó a platicar sobre el amor y todo eso, y dice: "¿Qué te parece aquí el rancho?" No —le digo—, dice: "¿Cuántas veces has tenido relaciones?" No, yo ninguna —digo. "¡Ah! —dice— pues ahorita vamos a ver." La siguiente noche me sentí muy mal, ¡híjole! Ya luego le dije a mi mamá, no sé qué me pasó y yo no le quería decir, me daba temor, y ya le empecé a decir, "¡ay!, ¿cuántas (veces)? —dice— si sales mal te tiene que cumplir o vamos allá a la Presidencia." Me preguntó si fue voluntario o a fuerzas.

Investigadora (I): ¿Y cómo fue?

B: Pues, voluntario.

I: ¿Sí?

B: Es que no me podía aguantar...

En este relato, Bertina demuestra que, así como sintió un deseo sexual incontrolable, también experimentó lo que ella consideró efectos negativos en su salud, como si el placer pudiera ser dañino. Esta situación parece haberla orillado a "confesarle" a su madre la falta cometida, la cual debía ser reparada, precisamente, con el matrimonio forzado. Es decir, si bien Bertina transgredió la prohibición de tener relaciones sexuales antes de casarse, sufrió una reacción adversa, como si se tratara de un castigo por su falta.

Una actitud diferente mostraron las jóvenes del Distrito Federal, quienes cuestionaron abiertamente la exigencia de la virginidad femenina, la cual consideraron una más de las expresiones de la desigualdad de género. La opinión de Mercedes, joven capitalina de 22 años que atiende un comercio familiar y que se casó a raíz de su primer embarazo, ilustra lo anterior:

I: ¿Y por qué crees que este asunto de que tú seas virgen para casarte, es tan importante, qué es lo importante de ser virgen para casarse?, ¿qué quiere decir o por qué resulta tan valioso?

Mercedes (M): Pues, podría ser por el valor que el hombre le da a la mujer, ¿no?

I: Ajá...

M: Porque si eres virgen, pues, este te valoran un poquito más. Si no, te dicen "¡ay!, tú quién sabe por cuántos ya has pasado".

I: O sea que, si tu no eres virgen, o si una muchacha no es virgen cuando se casa ¿como que ya ha tenido, bueno, muchos hombres?

M: Ajá...

I: ¿Por qué se juzga eso, el que una muchacha haya tenido otras relaciones?

M: Pues, yo creo que no se debería de juzgar, los hombres no nos deberían de juzgar porque ellos, pues también tienen sus experiencias y hasta más, con más libertad que una, ¿no? entonces, muchas veces, más bien, el hombre nunca lo ha entendido, ni creo que lo entienda.

En este fragmento Mercedes cuestiona los valores de la virginidad femenina apoyándose en una ética de la igualdad entre géneros y en una visión del comportamiento sexual como igualmente legítimo para ambos sexos. Aún con esta conciencia de sus necesidades, Mercedes no previno este embarazo no deseado.

Lo que estas viñetas ilustran es que es inexacto pensar que la existencia de prohibiciones garantiza su cumplimiento, ya que la relación entre los valores y las conductas es sumamente compleja, de modo que el prohibir no funciona, lo que hace falta es discutir, educar y garantizar las condiciones para el ejercicio de la elección personal, cualquiera que ésta sea ●

Profesora investigadora del departamento de Educación y Comunicación de la UAM-Xochimilco.

1 Amuchástegui, Ana. 1998. Virginity and sexual initiation in Mexico: the dialogic negotiation of meaning. Tesis de doctorado. Goldsmiths College. Universidad de Londres.
—Warner, Marina. 1991. *Tú sola entre las mujeres. El mito y el culto de la Virgen María*. Taurus, España.

Inventario de fuentes de información sobre VIH/sida en América Latina y El Caribe

(Inventory of HIV/AIDS information sources in Latin America and the Caribbean)

La Iniciativa Regional para el Sida en América Latina y El Caribe (*Sidalac*) fue promovida por el Banco Mundial en forma semejante a experiencias previas en Africa y Asia. Actualmente forma parte de la estrategia del programa conjunto y cofinanciado del sistema de Naciones Unidas en contra del Sida (Onusida) y tiene entre sus principales actividades contribuir a la movilización de esfuerzos nacionales e internacionales en contra del sida en América Latina y El Caribe.

Sidalac tiene un carácter regional (latinoamericano y de El Caribe) y como propósitos generales:

1) Desarrollar proyectos que proporcionen información útil para la planeación estratégica en la prevención del VIH/sida y la atención a los afectados.

2) Divulgar ampliamente dichos resultados.

En esta ocasión *Sidalac* desea realizar, en forma similar actividades en el continente asiático, un **Inventario** que recopile los distintos centros y fuentes de información sobre VIH/sida que existen en América Latina y El Caribe. Asimismo busca la difusión a nivel internacional de la información sobre los centros que participen en este proyecto.

Los objetivos particulares del proyecto son:

a) Conocer qué fuentes de información sobre VIH/sida existen en la región y dónde se encuentran.

b) Facilitar la investigación y el trabajo relacionado con VIH/sida en América Latina y El Caribe.

c) Fomentar el conocimiento mutuo y enlace entre los distintos centros de información y acopio de materiales sobre VIH/sida.

d) Servir a investigadores, planificadores de salud, médicos, personas que viven con VIH/sida y familiares.

Por tal motivo *Sidalac* invita a todos los centros de información, bibliotecas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones y demás establecimientos, que cuenten con material (impreso, electrónico o de cualquier otro tipo) sobre VIH/sida localizados en América Latina y El Caribe, a llenar el siguiente formulario y enviarlo por cualquiera de los medios indicados a la Fundación Mexicana para la Salud cuya dirección aparece más adelante.

En la elaboración del formulario sobre VIH/sida fueron retomados parte del diseño del "Inventory of HIV/AIDS information sources in the Asia Pacific region" (Unaids Asia Pacific Intercountry Team) y la clasificación de temas realizada por Onusida (Unaids, por sus siglas en inglés) en "Best practice collection". Una vez completado el **Inventario *Sidalac*** espera la más amplia difusión del mismo, facilitando así la labor que en el combate al VIH/sida, investigadores sociales, médicos, organismos no gubernamentales, centros de información, personas que viven con VIH y demás interesados, están realizando en la región.

● La fecha límite para enviar los formularios debidamente llenados es el 31 de enero de 1998, los cuales pueden mandarse a cualquiera de las siguientes direcciones:

1) E-mail: jizazola@funsalud.org.mx

2) Mensajería o correo postal: Funsalud/Sidalac. Periférico Sur N°4809. Col. Arenal Tepepan. México, D.F. C.P. 14610. Tel.: (525)655-9011

3) Fax: (525)655-8211

4) Internet: http//www.sidalac.org.mx

1.- NOMBRE COMPLETO DE LA ORGANIZACIÓN: ______________________
COMPLETE NAME OF THE ORGANIZATION:

2.- SIGLAS DE LA ORGANIZACIÓN: ______________________
ABBREVIATION OF THE ORGANIZATION:

3.- DIRECCIÓN/*ADDRESS*: ______________________
CALLE Y NÚMERO/*STREET AND NUMBER*:
CIUDAD/*CITY*: ____________ CÓDIGO POSTAL/*ZIP CODE* ____________ PAÍS/*COUNTRY* ____________

4.- TIPO DE ORGANIZACIÓN:
ORGANIZATIONAL TYPE:
☐ **A)** ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL (ONG) *NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATION (NGO)*
☐ **B)** ORGANISMO GUBERNAMENTAL *GOVERNMENT ORGANIZATION*
☐ **C)** INSTITUCIÓN PRIVADA *PRIVATE INSTITUTION*
☐ **D)** AGENCIA INTERNACIONAL *INTERNATIONAL AGENCY*
☐ **E)** INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN *RESEARCH INSTITUTION*
☐ **F)** CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN *DOCUMENTATION/INFORMATION CENTER*
☐ **G)** BARRA DE CONSULTORES *PROFESSIONAL BODY/ORGANIZATION*
☐ **H)** ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA *COMMUNITY BASED-ORGANIZATION*
☐ **I)** CENTRO EDUCATIVO *EDUCATIONAL ESTABLISHMENT*
☐ **J)** MEDIO DE COMUNICACIÓN *JOURNALISM/MEDIA*
☐ **K)** INSTITUTION DE CAPACITACIÓN *TRAINING INSTITUTION*
☐ **L)** ORGANIZACIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA *ORGANIZATION OF PEOPLE WITH HIV/AIDS*
☐ **M)** ORGANISMO RELIGIOSO *RELIGIOUS ORGANIZATION*
☐ **N)** OTRA (ESPECIFICAR)/*OTHER* (*SPECIFY*): ______________

5.- AÑO DE CREACIÓN:
WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?: ______________

6.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:
WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?: ______________

7.- PERSONA DE ENLACE/*CONTACT PERSON*:
A) NOMBRE/*NAME* ______________
APELLIDOS/*LAST NAME* ______________
B) CARGO/*POSITION* ______________

8.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD:
TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE): ______________

9.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):
FAX (COUNTRY AND AREA CODE): ______________

10.- CORREO ELECTRÓNICO/*E-MAIL*: ______________

11.- AREÁS TÉCNICAS CUBIERTAS
(SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO):
TECHNICAL AREAS COVERED
(CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):
A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S *COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs*
☐ MOVILIZACIÓN COMUNITARIA *COMMUNITY MOBILIZATION*
☐ PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA *PERSONS LIVING WITH HIV/AIDS*
☐ ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES *NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS*
B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/*CONDOMS*
☐ CONDONES FEMENINOS/*FEMALE CONDOMS*
☐ CONDONES MASCULINOS/*MALE CONDOMS*
C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH *COUNSELLING AND HIV TESTING*
☐ CONSEJERÍA/*COUNSELLING*
☐ PRUEBA DE VIH/*HIV TESTING*
D) RESPUESTAS NACIONALES/*COUNTRY RESPONSES*
☐ GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL *THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL*
☐ PLANEACIÓN DE ESTRATEGIAS NACIONALES *NATIONAL STRATEGIC PLANNING*
☐ RESPUESTA A NIVEL LOCAL *LOCAL LEVEL RESPONSES*
☐ ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD *COST EFFECTIVENESS ANALYSIS*
E) VIH/SIDA Y DESARROLLO *DEVELOPMENT AND HIV/AIDS*
☐ IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS *IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES*
☐ IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS *IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS*
☐ IMPACTO SECTORIAL/*SECTORAL IMPACT*
F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA *EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS*
☐ DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA *DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC*
☐ VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS *SURVEILLANCE AND REPORTING*
☐ ESTIMACIONES Y PROYECCIONES *ESTIMATES AND PROJECTIONS*
☐ **H)** GÉNERO Y VIH/SIDA *GENDER AND HIV/AIDS*
I) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN *HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION*
☐ COMUNICACIÓN *COMMUNICATION PROGRAMMING*
☐ ESCUELAS/*SCHOOLS*
☐ TRABAJO/*THE WORKPLACE*
☐ EJÉRCITO/*THE MILITARY*
☐ PRISIONES/*PRISONS*
☐ USO DE DROGAS INYECTADAS *INJECTING DRUG USE*
☐ HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES *MEN WHO HAVE SEX WITH MEN*
☐ REFUGIADOS/*REFUGEES*
☐ TRABAJADORES/AS SEXUALES Y SUS CLIENTES *SEX WORKERS AND CLIENTS*
☐ NIÑOS Y JÓVENES/*CHILDREN AND YOUTH*
☐ MIGRACIÓN/*MIGRATION*
☐ RELIGIÓN/*RELIGION*
J) SISTEMA DE SALUD Y ATENCIÓN *HEALTH SYSTEM AND CARE*
☐ PERSONAL DEL SISTEMA DE SALUD Y CAPACITACIÓN *HEALTH SYSTEM PERSONNEL AND TRAINING*
☐ TUBERCULOSIS Y VIH/SIDA *TUBERCULOSIS AND HIV/AIDS*
☐ ENFERMEDADES OPORTUNISTAS *OPPORTUNISTIC DISEASES*
☐ TERAPIA ANTIRRETROVIRAL *ANTIRETROVIRAL THERAPY*
☐ ACCESO A MEDICAMENTOS *ACCESS TO DRUGS*
☐ TAMIZAJE DE SANGRE/*BLOOD SAFETY*
☐ SIDA PEDIÁTRICO/*PEDIATRIC AIDS*
☐ **K)** EXAMEN DIAGNÓSTICO DE VIH *HIV DIAGNOSTIC TEST*
☐ **L)** DERECHOS HUMANOS, ETICA Y LEYES *HUMAN RIGHTS, ETHICS AND LAW*
☐ **M)** MICROBICIDAS/*MICROBICIDES*
☐ **N)** TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO *MOTHER TO CHILD TRANSMISSION*
☐ **Ñ)** SALUD REPRODUCTIVA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO *REPRODUCTIVE HEALTH FAMILY PLANNING AND ABORTION*
☐ **O)** MOVILIZACIÓN DE RECURSOS *RESOURCE MOBILIZATION*
☐ **P)** ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL *SEXUAL TRANSMITTED DISEASES*
☐ **Q)** VACUNAS/*VACCINE*
☐ **R)** VIROLOGÍA, INMUNOLOGÍA Y PRÁCTICAS DE LABORATORIO *VIROLOGY, IMMUNOLOGY AND LABORATORY PRACTICES*
☐ **S)** OTROS (ESPECIFICAR)/*OTHER* (*SPECIFY*): ______________

12.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN MATERIALES PROVISTOS
(SELECCIONAR MÁS DE UNA UNA, CUANDO SEA NECESARIO):
TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED
(*CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY*):
☐ **A)** SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTROS MATERIALES *PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS*
☐ **B)** MATERIALES PARA CAPACITACIÓN *TRAINING MATERIALS*
☐ **C)** BOLETINES DE PERIÓDICO *NEWSLETTER OF JOURNAL*
☐ **D)** SERVICIO DE BIBLIOTECA *LIBRARY/LENDING SERVICES*
☐ **E)** COLECCIÓN DE PERIÓDICOS Y BOLETINES *NEWSLETTER/JOURNAL COLLECTION*
☐ **F)** REPRODUCCIÓN DE MATERIALES *REPRODUCTION OF MATERIALS*
☐ **G)** SERVICIOS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN *INFORMATION SEARCHING SERVICES*
☐ **H)** BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS *BIBLIOGRAPHIC DATABASES*
☐ **I)** ACCESO A BASE DE DATOS *CONTACT DATABASES*
☐ **J)** SERVICIOS DE INFORMACIÓN POR TELÉFONO *TELEPHONE INFORMATION SERVICES*
☐ **K)** ACCESO A INTERNET/*INTERNET ACCESS*
☐ **L)** SERVICIO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN *DROP-IN INFORMATION SERVICES*
☐ **M)** SERVICIOS DE MENSAJERÍA Y DISTRIBUCIÓN *DISTRIBUTION/MAILING SERVICES*
☐ **N)** SERVICIOS DE TRADUCCIÓN *TRANSLATION SERVICES*
☐ **Ñ)** OTROS (ESPECIFICAR)/*OTHERS* (*SPECIFY*): ______________

13.- SERVICIOS PROVISTOS A
(SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO):
SERVICES PROVIDED TO
(*CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY*):
☐ **A)** ORGANIZACIONES LOCALES *LOCAL ORGANIZATIONS*
☐ **B)** ORGANIZACIONES NACIONALES *NATIONAL ORGANIZATIONS*
☐ **C)** OTROS PAÍSES/*OTHER COUNTRIES*
☐ **D)** COMUNIDAD GENERAL/*COMMUNITY*
☐ **E)** POBLACIÓN ESPECÍFICA (INDICAR CUÁL/ES): *SPECIFIC GROUPS OF POPULATION* (*INDICATE*): ______________
☐ **F)** OTROS (ESPECIFICAR)/*OTHERS* (*SPECIFY*): ______________

JOSE ANTONIO IZAZOLA-LICEA, M.D., SC.D.
COORDINADOR EJECUTIVO
INICIATIVA REGIONAL SOBRE SIDA PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (SIDALAC)
FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD (FUNSALUD)
TEL.: (525)655-9011
FAX: (525)655-8211
WEB PAGE: http://www.sidalac.org.mx

Los inhibidores de proteasa: la valoración internacional

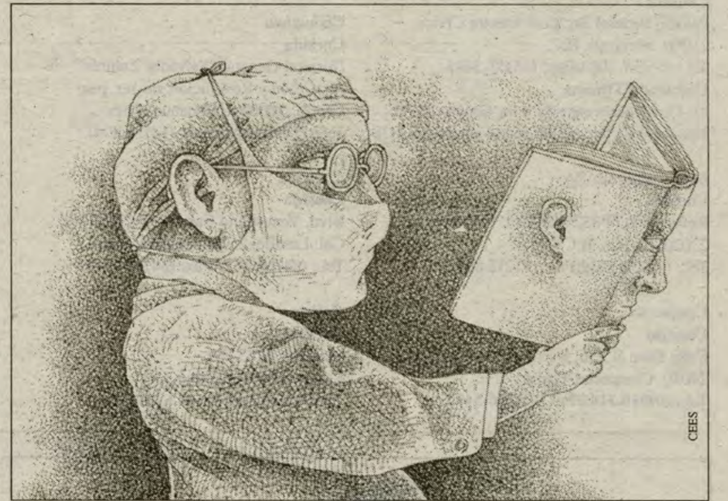
SANDRA TREVIÑO

Para el médico que atiende pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resulta, ahora más que nunca, un reto el decidir el tratamiento que administrará a su paciente, así se trate de alguien que nunca ha tomado medicamentos antirretrovirales como de otra persona que ya haya tenido tratamiento anterior. El reto consiste no sólo en conocer los cada vez más numerosos medicamentos que se lanzan al mercado, sino en decidir qué droga o qué combinación de estas será la que ofrezca mayor beneficio al paciente. Hasta este momento, en general, la eficacia de los medicamentos se ha evaluado mediante exámenes de laboratorio. Se considera efectiva una combinación que aumente los linfocitos CD_4 y disminuya la cantidad de virus en la sangre (carga viral) de preferencia hasta cifras no detectables. En teoría, el disminuir la carga viral impide que el sistema inmunológico se deteriore e incluso permite que se restaure si el daño no es muy grave. Sin embargo, lo que finalmente nos interesa a médicos y pacientes es conocer si realmente esta estrategia se refleja en mejoría de la sobrevida y disminución de las complicaciones asociadas a la infección por el VIH. En este artículo comentaré los resultados de algunos estudios que intentan responder a algunos de estos aspectos y que fueron expuestos en la VI Conferencia Europea de Aspectos Clínicos y de Tratamiento de la Infección por VIH y a la cual tuve oportunidad de asistir.

Las terapias combinadas

Los estudios DELTA y el ACTG 175 demostraron desde 1995 que la terapia combinada era superior a la monoterapia con Zidovudina (AZT). También para 1995 se iniciaron los estudios con inhibidores de proteasa y en la VI Conferencia Europea en 1997, se mostraron los resultados de estudios que compararon la terapia doble con el llamado coctel antirretroviral, que en el caso del estudio SV-14604 (también llamado PISCES por las siglas Protease Inhibidor Saquinavir Clinical End Point Study) comparó a 4 grupos de pacientes: uno tratado sólo con AZT, otro con AZT+Zalcitabina (ddC), otro con Saquinavir+AZT y el último con Saquinavir+AZT+ddC. El grupo de AZT en monoterapia se modificó en 1995 para que los pacientes tuvieran los beneficios de la terapia combinada. En este estudio participaron 22 países, entre ellos México. Se incluyeron en el estudio 3,591 pacientes que nunca hubieran recibido tratamiento para la infección por VIH o que hubieran sido tratados con AZT por un periodo no mayor a 8 semanas. Los pacientes tenían entre 50 y 350 linfocitos CD_4 al ingresar al estudio. El tiempo promedio de seguimiento fue de 17 meses, a lo largo de los cuales se registraron 39 muertes en el grupo de AZT (6%), 34 en el grupo de AZT + ddC (4%), 31 en el grupo de AZT+Saquinavir (3%) y 21 en el grupo de terapia triple AZT+ddC+Saquinavir (2%). Se registraron también los pacientes que hubieran tenido progresión de sida y a lo largo del seguimiento se encontró que 116 pacientes (18%) del grupo AZT habían tenido eventos definitorios de progresión (como infecciones oportunistas o algunos tipos de cáncer). Mientras que en el grupo de AZT+ddC, se registraron 142 eventos (15%), en el grupo de AZT+Saquinavir 116 eventos (12%) y en el grupo de terapia triple solo 76 eventos (8%). En este estudio se examinó también la repercusión del tratamiento en los exámenes de laboratorio y se encontró que con la terapia triple la carga viral bajó y se mantuvo en cifras no detectables hasta por 90 semanas; con el tratamiento con AZT+ddC, también se logró disminución en la carga viral, aunque no tan importante como con la terapia triple, el esquema menos útil en este respecto fue AZT+Saquinavir. Con respecto al incremento de linfocitos CD_4, la terapia triple logró un aumento sostenido hasta por 100 semanas comparado con AZT+ddC y AZT+Saquinavir que lograron un incremento mayor durante las primeras 12 semanas. El doctor Stellbrink, quien presentó el estudio, mencionó, al analizar estos resultados, que la disminución de la carga viral y el aumento en los linfocitos CD_4 explicaban en un 50 por ciento el menor número de complicaciones y de muertes de los pacientes.

Uno de los aspectos novedosos del tratamiento de la infección por VIH es la combinación de dos inhibidores de la proteasa, de esto habló el doctor William Cameron, quien realizó un estudio en el que participaron 141 pacientes que habían tomado tratamiento anterior como medicamentos como el AZT. A todos ellos se les indicó una combinación de Saquinavir con Ritonavir y se estudiaron distintas dosis de ambos medicamentos. Los resultados mostraron que aproximadamente 90 por ciento de los pacientes tenían cifras no detectables de carga viral hasta por dos 42 semanas, y además, esta combinación de antivirales mostró adecuada actividad en el sistema nervioso central. Otra combinación de inhibidores de la proteasa es la de Saquinavir en fórmula suave (aún no disponible en México) con Nelfinavir. En los datos mostrados por el doctor Cameron, se observó que es una combinación potente y que logra decremento importante de la carga viral incluso a niveles no detectables. En este momento se llevan a cabo estudios de seguimiento a largo plazo cuyos resultados podrán ser vistos más adelante.



Efectos sobre la calidad de vida del paciente

Otro factor importante que se analizó durante la VI Conferencia Europea en Aspectos de Tratamiento de la Infección por VIH, fue el impacto de la terapia antirretroviral en la calidad de vida de los pacientes infectados. El "coctel" de medicamentos implica un gran esfuerzo por parte del paciente al ingerir una gran cantidad de pastillas con un horario muy estricto. Para estudiar estos aspectos el doctor Moyle, realizó un cuestionario especial para evaluar la calidad de vida de algunos de los pacientes del estudio SV14604 y encontró que la carga viral alta, así como los linfocitos CD_4 bajos tenían una relación directa con el malestar físico y mental de los pacientes. Durante su exposición el doctor Moyle, habló también de los factores que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral, siendo los más importantes el que exista una adecuada relación médico-paciente, y que se tenga un conocimiento adecuado tanto de los beneficios del tratamiento como de los efectos indeseables; se mencionó también que los regímenes complejos, y que requieren de muchas tomas del medicamento durante el día, se relacionan con la mala adherencia al tratamiento. Por ejemplo, en el estudio del doctor Cameron, los dos inhibidores de la proteasa debían ser ingeridos después de los alimentos, en consecuencia los pacientes sólo hacían dos tomas al día de los medicamentos sin preocuparse por respetar los horarios de los alimentos. En cambio, en el estudio ACTG320, en el que los pacientes tomaban una combinación de AZT+3TC+Indinavir, los pacientes hacían cuatro tomas al día y debían cuidar los horarios de alimentación para no interferir con la absorción de los medicamentos. El doctor Moyle, concluyó que la decisión del esquema de antirretrovirales debe ser discutida entre el médico y el paciente, tomando en cuenta los riesgos y beneficios del tratamiento, así como las probabilidades de que el esquema se cumpla en forma correcta para evitar la consecuencia final que es la resistencia del VIH.

Las resistencias a los medicamentos

Finalmente, se habló de las estrategias para evitar la resistencia del VIH a los medicamentos cuando se administran a largo plazo. El doctor Schapiro, mencionó que la aparición de resistencia se retarda cuando hay cargas virales lo más bajas posibles y durante el mayor tiempo posible, y que es importante impedir la reproducción del VIH no solo en la sangre, sino en otros aparatos como el sistema nervioso central y en los ganglios linfáticos. Mencionó también la diferencia entre la resistencia genotípica, la fenotípica y la clínica, términos que escuchamos diariamente tanto médicos como pacientes y que es importante entender adecuadamente. La resistencia genotípica se refiere solo a que se detectan mutaciones del virus, la fenotípica a que no se logra impedir la reproducción del virus en el laboratorio cuando se agrega un medicamento antirretroviral, y la clínica se refiere a que no se logra impedir la reproducción del virus en el paciente. Es importante también que no todos los pacientes con resistencia genotípica necesariamente desarrollan también resistencia fenotípica y/o clínica. El doctor Shapiro mencionó también que mientras más tiempo transcurra con un esquema fallido, menor será la posibilidad de responder a un segundo régimen de medicamentos pues las mutaciones del VIH aumentan conforme pasa el tiempo y también la posibilidad de la llamada "resistencia cruzada". Esta puede ser la explicación, señaló el doctor Shapiro, de por qué algunos pacientes que presentan falla a un inhibidor de la proteasa no responden tan bien como se espera cuando se cambia a un segundo inhibidor. Como ejemplo se mostraron los resultados del estudio ACTG333 (donde los pacientes recibieron terapia previa con Saquinavir durante 112 semanas). Estos pacientes no respondieron tan bien cuando se les cambio a Indinavir como aquellos de otros estudios en donde la terapia previa con Saquinavir había durado menos tiempo. En conclusión, al parecer el tratamiento antirretroviral debe cambiarse en cuanto se detecta que fracasa y no dar tiempo a que se desarrolle resistencia cruzada a otro medicamento. Como conclusión a la experiencia en este Congreso Europeo, terminaré justamente con una frase del doctor Shapiro en relación al esquema ideal de medicamentos antirretrovirales: "Debe buscarse la combinación más potente, después, la combinación más potente y con mejor probabilidad de adherencia al tratamiento, y finalmente, la combinación más potente, con mayores probabilidades de adherencia al tratamiento, en MI PACIENTE en particular" ●

Ref:HAART. *Tailoring Therapy to the Individual.* 6th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection. Hamburgo, Alemania, 1997.

Para servirle a usted

Con el inicio de 1998 ofrecemos un directorio de las instancias gubernamentales responsables de garantizar la prevención y control del sida, así como el acceso a medicamentos y tratamientos adecuados, y su seguimiento: El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), los Consejos Estatales (Coesidas) y los Consejos Municipales (Comusida). Estas deberían funcionar mejor a partir del programa de descentralización de los servicios de salud. En caso de que estas instituciones y las dependientes de la Secretaria de Salud Federal o locales no cumplan con sus funciones, usted puede denunciarlas y promover quejas en la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, en las Comisiones Nacional y Estatàles de Derechos Humanos o en Organizaciones Civiles defensoras de derechos humanos y civiles.

Conasida
Calz. De Tlalpan N°4585 2o. piso,
Col. Toriello Guerra. 14050, México, D.F.
Tels: 528-4084 • 528-4856/Fax: 528-4220
Telsida: 207-4077 • 01 800 90832
C. electrónico: conasida@cenids.ssa.gob.mx
Es el órgano responsable de normar, regular y vigilar la aplicación de la política gubernamental sobre sida en el sistema nacional de salud. Cuenta con dos centros de información que proporcionan servicios en el D.F., en donde a partir del 1 de enero han instalado dos clínicas de enfermedades de transmisión sexual. Los Coesidas realizan tareas similares en cada entidad federativa.

Aguascalientes
Programa de Prevención del sida
Margil de Jesús N°1501. Fracc. Arboledas
20020, Aguascalientes, Ags.
Tel.: (49)14-6514/Fax: (49)12-1742
Es la única entidad federativa del país que no cuenta, aunque sea nominalmente con un Coesida.

Baja California
Coesida
Palacio Federal 3er. piso. Centro Cívico
21000, Mexicali, B.C.
Tel.: (65)57-2084/Fax: (65)57-3681
Comusida Tijuana
Av. Constitución entre 8a. y 9a. Centro. 22000, Tijuana, B.C. Tel.: (66)85-5553/Fax: (66)85-1338

Baja California Sur
Coesida
Revolución N°822 Nte. Col. El Esterito
23020, La Paz, B.C.S.
Tel.: (112)2-3137/Fax: (112)2-8612

Campeche
Coesida
Calle Diez N°236. Barrio de San Román
24040, Campeche, Camp.
Tel.: (98)16-1142/Fax: (98)16-5497

Chiapas
Coesida
Calz. de la Ciudad Deportiva,
Unidad Administrativa Edif. C
29000, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Tel.: (961)3-1205/Fax: (961)3-1258

Chihuahua
Coesida
Hospital General "Salvador Zubirán"
Av. Colón y Revolución s/n 1er. piso
Centro. 30000, Chihuahua, Chih.
Tel.: (14)16-0167/Fax: (14)15-9091

Coahuila
Coesida
Blvd. Venustiano Carranza N°2859 Nte.
Col. Lasalle. 25280, Saltillo, Coah.
Tel.: (84)16-5537/Fax: (84)15-6298

Colima
Coesida
Medellín N°33 P.A.
Centro. 28000, Colima, Col.
Tel./Fax: (33)14-14-42 • 13-4549

Durango
Coesida
Hospital General
5 de febrero y A. Norman Fuentes s/n
Col. Centro. 34000, Durango, Dgo.
Tel.: (18)18-3019 ext. 129/Fax: (18)17-1797

Guanajuato
Coesida
Tamazuca N°4. Col. Centro
34000, Durango, Dgo.
Tel.: (47)32-4403/Fax: (47)32-4573

Guerrero
Coesida
Av. Rufo Figueroa N°6 esq. Av. Central
Col. Burócratas. 39090, Chilpancingo, Gro.
Tel.: (74)71-1863/Fax: (74)72-4573

Hidalgo
Coesida
Dr. Manuel Gea González N°405
Col. Exhacienda de Guadalupe
42090, Pachuca, Hgo. Tel.: (77)18-8570
Fax: (77)18-8570/Sidatel: (77)13-3553

Jalisco
Coesida
Dr. Baeza Alzaga N°107
Sector Hidalgo. 44100, Guadalajara, Jal.
Tel.: (3)658-2606/Fax: (3)613-4503
Sidatel: (3)613-7456 • 01(800)3-6488

México
Coesida
Isabel la Católica N°308. Col. Centro. 50000, Toluca, Edo. de México. Tel./Fax: (72)14-8264

Michoacán
Coesida
Melchor Ocampo N°46. Col. Centro. 58000, Morelia, Mich. Tel.: (43)13-9652/Fax: (43)13-3118

Morelos
Coesida
Callejón Borda N°8. Centro. 62000, Cuernavaca, Mor. Tel.: (73)14-3013/Fax: (73)18-7734

Nayarit
Coesida
Av. Insurgentes esq. 21 de marzo
Col. José María Menchaca. 63000, Tepic, Nay.
Tel.: (32)13-2385/Fax: (32) 13-1180

Nuevo León
Coesida
5 de mayo N°525 Ote. 5o. piso. Edif. Elizondo Paez. Col. Centro. 64000, Monterrey, N.L.
Tel.: (8)343-5589/Fax: (8)350-1373

Oaxaca
Coesida
Murguia N°406. Centro. 68000, Oaxaca, Oax.
Tel./Fax: (951)4-6536 • 4-6553

Puebla
Coesida
11 Oriente y 10 Sur. Centro. 72000,
Puebla, Pue. Tel./Fax: (22)46-4415

Querétaro
Coesida
Hospital General/CETS
Av. 5 de febrero N°101 Sur
Col. Virreyes. 76170, Querétaro, Qro.
Tel.: (42)16-9544/Fax: (42)15-2719

Quintana Roo
Coesida
Av. Chapultepec N°247
Centro. 77000, Chetumal, Q. Roo
Tel.: (983)2-7350/Fax (983)2-7542

San Luis Potosí
Coesida
Av. 5 de mayo N°1485
Centro. 78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Tel.: (48)15-1062/Fax: (48)15-0394

Sinaloa
Coesida
Insurgentes N°210 Sur
Centro. 80000, Culiacán, Sin.
Tel.: (67)14-7400
Fax: (67)61-0939

Sonora
Coesida
Cesar Gándara y Michoacán s/n
Col. Olivares. 83010, Hermosillo, Son.
Tel./Fax: (62)16-1297

Tabasco
Coesida
Centro Administrativo del
Gobierno del Estado/Tabasco 2000
Paseo Tabasco N°1504
86030, Villahermosa, Tab.
Tel.: (931)6-2521/Fax: (931)6-3213

Tamaulipas
Coesida
Palacio Federal 3er. piso
Centro. 87000, Cd. Victoria, Tamps.
Tel.: (13)12-0815/Fax: (13)12-7191

Tlaxcala
Coesida
Av. Constructores N°2
Col. Loma Bonita. 90070, Tlaxcala, Tlax.
Tel./Fax: (246)2-9300

Veracruz
Coesida
Av. Miguel Dorantes Meza s/n
Col. Progreso Macuiltepetl
91139, Xalapa, Ver. Tel./Fax: (281)5-4084

Yucatán
Coesida
Calle 72 N°463 X 53. Centro. 97000, Mérida, Yuc. Tel.: (99) 24-4935/Fax: (99) 24-7054

Zacatecas
Coesida
Av. González Ortega. Centro. 98000, Zacatecas, Zac. Tel.: (492)2-1202/Fax: (492)2-1202

Para quejas y denuncias

Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo
Insurgentes Sur N°1735
Col. Guadalupe Inn
01020, México, D.F.
Sactel: 604-1240
Recibe quejas de nivel federal, estatal y municipal.

CNDH
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Dra. Mirelle Roccatti Velázquez. *Presidenta*
Periférico Sur N°3469. Col. San Jerónimo Lídice. 10200, México, D.F.
Tels.: 681-7301 • 681-8125 (24 horas)
Fax: 681-9348 • Fax urgencias: 681-8490
Reciben quejas de las entidades federativas cuando las comisiones estatales no responden competentemente a las quejas interpuestas.

Salud y Justicia, A.C.
Medellín N°104-103. Col. Roma
06700, México, D.F. Tel.: 538-7400
C. electrónico: salusticia@laneta.apc.org
Apoyan y asesoran la interposición de quejas, denuncias y demandas legales en materia de salud.

Letra S sida, cultura y vida cotidiana, A.C.
Zempoala N°9-205. Col. Narvarte
03020, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400
C. electrónico: letrassida@laneta.apc.org
Recibe toda información relacionada a la salud, sexualidad y sida para su difusión, así como cartas de denuncia de los servicios de salud.